

Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção

**FATORES INTERVENIENTES NO RETORNO AO TRABALHO
DE TRANSPLANTADOS CARDÍACOS**

Dissertação de Mestrado

Sandra Aiko Omori Sakuma

Florianópolis

2002

Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção

**FATORES INTERVENIENTES NO RETORNO AO TRABALHO
DE TRANSPLANTADOS CARDÍACOS**

Sandra Aiko Omori Sakuma

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção da
Universidade Federal de Santa Catarina
como requisito parcial para obtenção
do título de Mestre em
Engenharia de Produção

Florianópolis

2002

Sandra Aiko Omori Sakuma

FATORES INTERVENIENTES NO RETORNO AO TRABALHO DE TRANSPLANTADOS CARDÍACOS

Esta dissertação foi julgada e aprovada para a
obtenção do título de **Mestre em Engenharia de
Produção no Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção** da
Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, março de 2002.

Prof. Ricardo Miranda Barcia, Ph.D.
Coordenador do PPGE

BANCA EXAMINADORA

Profa. Leila Amaral Gontijo, Dra.
Orientadora

Profa. Vera Helena Moro Bins Ely, Dra.

Prof. Eduardo Conception Batiz, Dr.

*Dedico este trabalho às pessoas
que sempre me incentivaram:
meus filhos e meu esposo.*

Agradecimentos

Ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, por ter proporcionado a oportunidade de realizar este mestrado.

À Prof^a. Leila Amaral Gontijo, pela orientação e atenção dispensadas, que possibilitaram a elaboração deste trabalho.

À Prof^a. Vera Helena Moro Bins Ely e ao Prof. Eduardo Conception Batiz, pelas sugestões e correções propostas para esta dissertação e pela participação na banca examinadora.

Aos pacientes do Ambulatório de Transplante Cardíaco do Hospital Santa Casa, que, ao aceitarem ser entrevistados, contribuíram de forma relevante para o estudo de caso desta dissertação, e à Dra. Glaucia T. M. Francisco, pela confiança e apoio.

Aos meus familiares, pelo incentivo e ajuda constante neste período de minha vida.

Além dos que foram mencionados, muitas pessoas contribuíram para que eu pudesse realizar o mestrado e este trabalho de conclusão. Assim, gostaria de agradecer a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a elaboração deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	viii
LISTA DE REDUÇÕES	ix
RESUMO	x
ABSTRACT	xi
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Apresentação da problemática	1
1.2 Objetivo do trabalho	2
1.2.1 Objetivo geral.....	2
1.2.2 Objetivos específicos.....	2
1.3 Hipótese	2
1.4 Justificativa e relevância do trabalho	2
1.5 Metodologia.....	3
1.6 Limitações do trabalho	5
1.7 Estrutura do trabalho	5
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	7
2.1 A insuficiência cardíaca.....	7
2.2 O transplante cardíaco	9
2.3 Qualidade de vida	12
2.3.1 Qualidade de vida na condição crônica.....	13
2.3.2 Avaliação da qualidade de vida	15
3 CONSIDERAÇÕES SOBRE ERGONOMIA E ASPECTOS RELACIONADOS AO PROCESSO DE TRANSPLANTE CARDÍACO	17
3.1 Considerações sobre ergonomia.....	17
3.2 Retorno ao trabalho após ter sido submetido ao transplante cardíaco.....	20
3.3 Características do processo de transplante cardíaco	22
3.3.1 Quanto à atividade física.....	22
3.3.2 Aspectos psicossociais	24
3.3.3 Reabilitação e condicionamento físico.....	25
4 ESTUDO DE CAMPO REALIZADO NO AMBULATÓRIO DE TRANSPLANTE CARDÍACO.....	28
4.1 Introdução.....	28
4.2 Metodologia da pesquisa	28
4.2.1 Método de trabalho	28

4.2.2 Limitações da pesquisa de campo	29
4.3 Apresentação dos dados	30
4.3.1 Caracterização geral do grupo - dados obtidos no questionário de identificação (Tabela 4.1)	30
4.3.2 Aspectos relacionados ao trabalho	34
4.3.3 Apresentação dos dados obtidos no SF- 36	37
4.3.4 Comparação com outro centro de transplante	44
4.4 Análise dos resultados	45
5 CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES	50
5.1 Conclusões sobre a pesquisa	50
5.2 Recomendações do trabalho	52
5.3 Sugestões para trabalhos futuros	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
BIBLIOGRAFIA	62
ANEXOS	64
ANEXO A – Questionário de identificação	64
ANEXO B – Questionário SF- 36	66
ANEXO C – Faixa etária dos pacientes em lista de espera para transplante cardíaco	74

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.1 - Fluxograma apresentando representação esquemática do procedimento metodológico do trabalho	4
Quadro 2.1 - Classificação funcional da insuficiência cardíaca	7
Quadro 3.1 - Fatores que reduzem a capacidade funcional após transplante cardíaco	26
Tabela 4.1 - Dados de caracterização geral dos pacientes entrevistados.....	31
Gráfico 4.1 - Tempo de pós-transplante cardíaco (em meses).....	i
Gráfico 4.2 - Transplantados cardíacos por sexo	32
Gráfico 4.3 - Faixa etária atual de pessoas da amostra.....	33
Gráfico 4.4 - Escolaridade	33
Gráfico 4.5 - Envolvimento em atividade profissional.....	34
Quadro 4.1 - Função anterior ao transplante e função atual de trabalho	34
Gráfico 4.6 - Dados relativos à aposentadoria.....	35
Gráfico 4.7 - Atividade física desenvolvida.....	i
Tabela 4.2 - Cálculo do Raw Scale.....	37
Gráfico 4.8 - Média dos resultados da avaliação da qualidade de vida dos pacientes (cálculo do Raw Scale).....	38
Tabela 4.3 - Análise descritiva das variáveis de qualidade de vida dos pacientes avaliados (Cálculo do Raw Scale)	43
Tabela 4.4 - Apresentação de dados do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba e do Hospital São Paulo.....	44
Gráfico 4.9 - Comparação entre os valores obtidos para cada componente do SF-36 na aplicação do questionário no Hospital Santa Casa de Curitiba e no Hospital São Paulo.	45

LISTA DE REDUÇÕES

ABTO	- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
MOS	- Medical Outcomes Study
NR	- Norma Regulamentadora
NYHA	- New York Heart Association
OMS	- Organização Mundial de Saúde
SF-36	- Short-Form 36

RESUMO

SAKUMA, Sandra Aiko Omori. **Fatores intervenientes no retorno ao trabalho de transplantados cardíacos**. Florianópolis, 2002. 85 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC.

Esta pesquisa aborda a questão da qualidade de vida após transplante cardíaco. O presente estudo pretende (1) demonstrar como os indivíduos que se submeteram a transplante avaliam suas vidas e (2) analisar as condições e os fatores que interferem no seu retorno ao trabalho. Para isso, depois de definida a fundamentação teórica para embasamento do estudo, utilizou-se o método de pesquisa de campo, realizado através de acompanhamento do Ambulatório e de coleta de dados por meio de questionários e entrevistas. Os resultados mostram as implicações na condição de vida do transplantado e de seus familiares, nas etapas que se seguem ao processo de transplante cardíaco; o paciente apresenta repercussões nos aspectos físicos, psicossociais e, conseqüentemente, na sua atuação profissional. Ressalta-se a importância do esclarecimento sobre os efeitos imunossupressores decorrentes do transplante e da intervenção de uma equipe multiprofissional com conhecimentos específicos em um programa de reabilitação diferenciado, considerando-se as reais necessidades individuais, de modo que seja possível viabilizar a reinserção desses indivíduos em seus ambientes de trabalho e na sociedade em geral.

Palavras-chave: Transplante Cardíaco; Retorno ao Trabalho; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

SAKUMA, Sandra Aiko Omori. **Fatores intervenientes no retorno ao trabalho de transplantados cardíacos**. Florianópolis, 2002. 85 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC.

This research concerns the quality of life after a heart transplant. The purpose of the present study is (1) to show how the patients submitted to the transplant evaluate their lives on their return to their jobs, and (2) to analyze the conditions and factors that affect them when they go back to work. To this end, after defining the theoretical background, we used the field research method, carried out by means of a post-operation follow-up and data collection through a questionnaire and interviews. The results reveal the implications regarding conditions of life for transplant patients and their families at the different stages that follow the heart transplant process; the patients show repercussions on the physical, psychosocial aspects and consequently on their professional activities. We must emphasize the importance of a clear understanding concerning the immunosuppressive effects resulting from the transplant, and the multitask intervention of a team with specific knowledge, in a special rehabilitation program that takes into account the real needs of the individuals involved, so as to make feasible their reinsertion in the respective working environments and in society.

Key-words: Heart Transplant; Return to Work; Quality of Life.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação da problemática

A expressão qualidade de vida, que vem ocupando espaço em política de saúde e da população, deve ser conhecida por aqueles que se dedicam à área da saúde, já que hoje o alvo da medicina não é somente salvar o paciente, mas também ofertar opções de tratamento que possam reintegrá-lo no seu cotidiano.

É elevado o número de pacientes com enfermidades cardíológicas, e algumas dessas cardiopatias podem evoluir com insuficiência cardíaca e ocasionalmente, em sua evolução, necessitar de um transplante cardíaco.

Quando se fala em insuficiência cardíaca em fase terminal, o arsenal terapêutico cardiológico não permite resultados animadores além do transplante cardíaco. Apresenta insuficiência cardíaca em fase terminal o paciente que possui limitações expressivas de suas atividades. Os tratamentos clássicos e os procedimentos intervencionistas realizados não permitem prolongar a vida desses pacientes (Branco, 1997).

Para ter um resultado satisfatório, o transplante cardíaco precisa de alguns cuidados especiais, desde a escolha do receptor até o segmento cuidadoso do paciente, que necessita de medicações de imunossupressão, as quais podem causar efeitos colaterais.

Sendo assim, muitos questionam o quanto desses progressos de prognóstico dos pacientes pode-se considerar como efetiva melhora na qualidade de vida, ou seja, qual seria o grau de satisfação do paciente transplantado em relação à sua vida, após ter sido submetido a um procedimento de alta complexidade.

O serviço de cardiologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba intensificou os procedimentos de transplante cardíaco há dois anos, e preocupa-se em avaliar como seus receptores de transplante cardíaco se encontram quanto à sua qualidade de vida.

Para a elaboração desse trabalho, foi aplicado um questionário que avalia a qualidade de vida desses receptores e, a partir dos dados obtidos, complementou-se o resultado com outros dados que já se encontram publicados. Também se verificou como está a situação de retorno ao trabalho desses indivíduos.

1.2 Objetivo do trabalho

1.2.1 Objetivo geral

Analisar as condições e os fatores ligados à situação de vida que interferem no retorno ao trabalho de pacientes submetidos a transplante cardíaco.

1.2.2 Objetivos específicos

Demonstrar como indivíduos submetidos a transplante cardíaco avaliam suas vidas, observar o quanto estão ou não satisfeitos, reconhecendo suas limitações, suas angústias e suas capacidades, e confrontar informações sobre os pacientes operados no serviço de cardiologia do Hospital Santa Casa de Curitiba com as informações fornecidas através da literatura.

1.3 Hipótese

Pressupõe-se que os pacientes submetidos a transplante cardíaco apresentem particularidades e possíveis mudanças na rotina diária, as quais refletem em sua vida familiar, social e também no trabalho. Contudo, existe possibilidade e necessidade de alterações na estrutura física e social de trabalho que permitam a reintegração desses indivíduos no trabalho, a fim de que eles possam ter uma condição de vida mais satisfatória. Sob o ponto de vista da ergonomia, as pessoas devem ser consideradas nos níveis cognitivo, físico, e emocional.

1.4 Justificativa e relevância do trabalho

Muitos fatores devem interferir no retorno ao trabalho das pessoas submetidas a um transplante cardíaco.

No entanto, mesmo com as supostas limitações, pode-se sempre desenvolver alguma atividade profissional com alternativas que possibilitem melhorias nas situações de trabalho. Dessa forma, faz-se necessário um estudo direcionado para

que se possa identificar as reais condições dos transplantados e se obter uma real dimensão dessa problemática.

As decisões relacionadas à saúde não podem ser asseguradas somente pelo setor *saúde*. O que é mais importante para a direção de demandas para promover a saúde é a ação coordenada de todos os interessados: governo, setores de saúde, sociais e econômicos, agências não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. Grupos profissionais e sociais bem como profissionais de saúde têm uma grande responsabilidade em mediar diferentes interesses da sociedade para conseguir a saúde (Terris, 1990 *apud* Pereira, 2000).

O estado normal do corpo humano é o estado que se deseja restabelecer. Para se julgar o normal e o patológico, não se deve limitar a vida humana à vida vegetativa, posto que, mesmo com limitações, pode-se sempre fazer alguma coisa, e é nesse sentido que qualquer estado do organismo, se for uma adaptação a circunstâncias impostas, acaba sendo, no fundo, normal, enquanto for compatível com a vida (Canguilhem, 1978 *apud* Bittar, 1992).

Com isso ressalta-se que a intervenção no setor *saúde* não é só da medicina, mas também de uma equipe multiprofissional de outras áreas que intervenha em aspectos específicos, visando a restauração da norma, ou seja, o retorno do indivíduo ao seu ambiente, de modo que essa equipe possa maximizar o potencial ocupacional do paciente, com vistas a permitir ou estimular a atividade profissional adequada a ele.

1.5 Metodologia

A metodologia utilizada na elaboração do trabalho baseou-se na revisão da literatura sobre a enfermidade (insuficiência cardíaca e transplante cardíaco), qualidade de vida na saúde e retorno do indivíduo ao trabalho após ter sido submetido a transplante cardíaco.

Com base nos conhecimentos adquiridos na pesquisa bibliográfica para realização do estudo de campo, fez-se um acompanhamento dos pacientes no Ambulatório de pacientes transplantados cardíacos, do Hospital Santa Casa de Curitiba, com consentimento do paciente e do responsável pelo serviço para realização do estudo. Utilizou-se como instrumento de investigação um questionário de saúde genérico, denominado Short-Form 36 (SF-36), para avaliar determinados

componentes, tais como capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Além das perguntas genéricas sobre saúde, foram acrescentados ao questionário um breve informativo referente à pesquisa, os dados de identificação do entrevistado, um termo de consentimento para sua participação no estudo e algumas questões relativas ao seu retorno ao trabalho, itens esses que se encontram nos anexos A e B. Paralelamente à aplicação do questionário ocorreu uma conversa informal com o grupo em estudo.

Posteriormente, foram realizadas a análise dos dados e a elaboração dos resultados e recomendações, as quais serão retornadas ao Serviço de Cardiologia da instituição participante da pesquisa. As etapas seguidas para a realização do trabalho são mostradas na Figura 1.1.

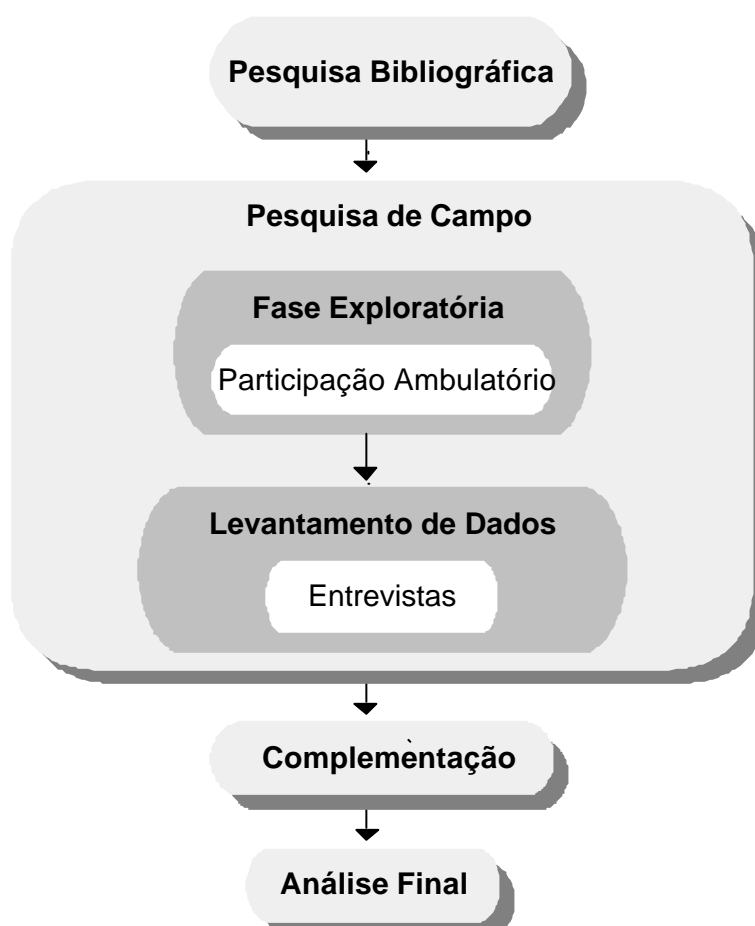


Figura 1.1 - Fluxograma apresentando representação esquemática do procedimento metodológico do trabalho

1.6 Limitações do trabalho

Têm sido intensas as pesquisas a respeito da qualidade de vida de determinados grupos de enfermos, mas foram encontrados poucos trabalhos voltados à vivência de um transplantado cardíaco, especialmente no que se refere à condição do seu retorno ao trabalho, sendo necessária a procura de materiais em outras áreas de acometimento.

A investigação de campo ocorreu em uma instituição onde até o presente momento foram realizados 23 procedimentos de transplante cardíaco. Dessas 23 pessoas que realizaram transplante, 15 freqüentam o Ambulatório da instituição. É uma quantidade considerável diante da complexidade da intervenção, mas uma amostra relativamente pequena para a investigação do objetivo proposto.

Apesar das restrições e dificuldades apresentadas, dentro do que se propõe neste trabalho, acredita-se estar colaborando para a conscientização das particularidades da população mencionada e para o desenvolvimento de futuras pesquisas a respeito deste assunto.

1.7 Estrutura do trabalho

Este trabalho está disposto em cinco capítulos, os quais apresentam os conteúdos descritos a seguir.

O Capítulo 1 apresenta os aspectos introdutórios sobre o assunto.

O Capítulo 2 é referente aos aspectos teóricos da enfermidade e aos procedimentos envolvidos no transplante cardíaco, e também sobre qualidade de vida na saúde.

O Capítulo 3 é voltado a considerações sobre ergonomia, à problemática relativa à atividade profissional e às repercussões do processo de transplante cardíaco no desempenho da atividade física. Também aborda questões psicossociais sobre os pacientes e seus familiares.

O Capítulo 4 é dirigido ao estudo de campo e apresenta a metodologia utilizada no trabalho bem como a análise da entrevista realizada com os indivíduos transplantados, de forma a demonstrar o quanto estes se encontram afetados em suas condições físicas, mentais e sociais, e quais as implicações disso no seu cotidiano.

O Capítulo 5 expõe as principais conclusões e recomendações provenientes do estudo em questão e também algumas sugestões para trabalhos futuros.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A insuficiência cardíaca

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade no país, assumindo um papel preponderante desde os anos 60 nas capitais brasileiras. Quando comparada à de outros países, a participação das mulheres na composição de óbitos é considerada uma das mais elevadas (Lotufo, 1998; Mansur, 2001). Como a incidência de doenças cardíacas vem crescendo, o autor ressalta a necessidade da atuação da saúde pública, que deve constar nas prioridades das esferas do governo e de organismos não-governamentais.

A insuficiência cardíaca é a via final comum da maioria das cardiopatias, classicamente definida como falência do coração em propiciar suprimento adequado de sangue, em relação ao retorno venoso e às necessidades metabólicas tissulares, ou fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento. Este enunciado engloba as principais alterações hemodinâmicas, que seriam a resposta inadequada do débito cardíaco e a elevação das pressões pulmonar e venosa sistêmica (Branco, 1999).

Desde 1964 até os dias atuais, a limitação da tolerância aos esforços habituais tem sido utilizada para estimar a gravidade da insuficiência cardíaca, por meio da classificação proposta pela *New York Heart Association* (NYHA) em quatro classes funcionais, conforme apresentado no Quadro 2.1 a seguir.

Quadro 2.1 - Classificação funcional da insuficiência cardíaca

continua

Classe funcional I	Sem limitações, pacientes assintomáticos em suas atividades físicas habituais.
Classe funcional II	Discreta limitação da atividade física, pacientes assintomáticos em repouso, mas sintomas como fadiga, palpitação e dispnéia são desencadeados pela atividade física habitual.
Classe funcional III	Acentuada limitação da atividade física, embora os pacientes sejam assintomáticos em repouso, atividade menor que a habitual causa sintomas.

Classe funcional IV	Incapacidade de realizar qualquer atividade física sem desconforto, pacientes com sintomas ocorrendo às menores atividades físicas e mesmo em repouso.
---------------------	--

conclusão

FONTE: Adaptado de Braunwald (1999).

A insuficiência cardíaca, de acordo com Rondon et al. (2000), é caracterizada por alterações hemodinâmicas e neuro-humorais que levam o portador dessa disfunção a uma condição de fadiga e dispnéia que limita sobremaneira seu desempenho. A atrofia muscular é um outro aspecto comum em pacientes com insuficiência cardíaca, provavelmente pela progressiva inatividade física.

Em função dos novos e relevantes benefícios para pacientes portadores de insuficiência cardíaca, alguns autores passaram a recomendar como medida complementar programas de reabilitação cardíaca com treinamento físico. Tais programas promovem adaptações hemodinâmicas e neuro-humorais importantes no funcionamento do sistema cardiovascular, e também estimulam a redistribuição de fibras musculares, acarretando conseqüente melhora na qualidade de vida desse grupo de pacientes com disfunção cardiovascular.

Conforme Dracup et al. (1994), na última década houve considerável avanço na terapêutica da insuficiência cardíaca, não visando apenas aliviar os sintomas, melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida; seus objetivos incluíam também a prevenção do desenvolvimento e progressão da doença, bem como a redução da mortalidade.

De modo similar, Silva (1998) mostra que atualmente existem esquemas terapêuticos clínicos bastante eficazes para o tratamento da insuficiência cardíaca nas suas diversas fases. Porém, em situações em que isso não é possível, existem as alternativas cirúrgicas, e entre elas, o transplante cardíaco (Tx cardíaco)¹, que é reservado para situações de classe funcional avançada e má qualidade de vida, a despeito da terapêutica otimizada.

Bocchi (1994), Bacal (2000) e Moran (2001) também concordam que o Tx cardíaco tem sido cada vez mais utilizado como opção de tratamento para diversas formas de cardiopatia em fase avançada, em que o tratamento clínico se torna ineficaz, apesar dos recentes avanços no tratamento medicamentoso.

¹ Doravante será usada a sigla Tx cardíaco referindo-se à abreviação de transplante cardíaco.

Em decorrência do exposto, segundo Moreira (1999), a Sociedade Brasileira de Cardiologia registra que o transplante cardíaco deve ser considerado para pacientes com classe funcional III ou IV da *New York Heart Association*, com sintomas incapacitantes ou com alto risco de morte dentro de um ano, e sem possibilidades de outra alternativa de tratamento clínico ou cirúrgico.

O sucesso do transplante cardíaco inicia-se com cuidadosa seleção do candidato, que não terá benefício com outro tratamento. Após essa seleção criteriosa, é possível oferecer aos pacientes com insuficiência cardíaca em estágio terminal uma sobrevida maior e, especialmente, uma melhor qualidade de vida (Edwards & Rodeheffer, 1992).

A seleção de candidatos para Tx cardíaco enfoca a identificação dos pacientes que mais se beneficiarão com esse procedimento cirúrgico, tanto em termos de qualidade de vida como de sobrevida, devido ao escasso número de doadores. Outro aspecto extremamente importante da avaliação é a compreensão psicossocial sobre a capacidade do paciente de seguir um esquema terapêutico complexo bem como o suporte familiar para auxiliar o paciente durante os procedimentos múltiplos.

Segundo Chacur (1995) e Hosenpud et al. (1997), membros do Registro da Sociedade Internacional de Transplante de Coração e Pulmão, as cardiopatias mais importantes que evoluem para a insuficiência cardíaca são miocardiopatia isquêmica, miocardiopatia dilatada, doença valvar, cardiopatia congênita.

No Brasil, uma particularidade em relação aos outros países é a doença de Chagas, que causa insuficiência cardíaca (Jatene et al., 1987; Almeida, 1996; Amato, 1997).

2.2 O transplante cardíaco

A história nos mostra a difícil evolução do método do Tx cardíaco, o qual evoluiu a partir de procedimento laboratorial, através de experimentação animal no início do século XX, até ser aceito como terapêutica para a doença cardíaca terminal nos anos 80. Atualmente o transplante de órgãos é considerado um dos avanços mais audaciosos e revolucionários da medicina.

O primeiro relato na literatura sobre transplante foi feito em 1905, na Universidade de Chicago, Estados Unidos, por Alexis Carrel e Guthrie, que

transplantaram o coração de um cão para o pescoço de outro cão maior, conseguindo que o órgão transplantado batesse por duas horas até a interrupção do experimento. Com esse ensaio, que fazia parte de estudos sobre anastomoses vasculares, os autores receberam o Prêmio Nobel de Medicina, em 1912.

Em 1933, Frank Mann e colaboradores, da Mayo Clinic, investigaram a técnica de transplante em cães, obtendo funcionamento do órgão até por oito dias. Realizaram vários estudos fisiológicos e consideraram que a causa da falha do enxerto nem sempre se devia à deficiência técnica, mas a algum “fator biológico”, hoje conhecido como rejeição.

No decorrer dos anos continuaram os estudos experimentais, sendo relatado por Neptume e colaboradores, em 1953, o transplante do bloco cardiopulmonar, com resfriamento de superfície e parada circulatória.

Em 1960, Lower e Shumway, da Universidade de Stanford, padronizaram a técnica operatória de Tx cardíaco ortotópico, que consiste na sutura dos átrios direito e esquerdo, em vez dos seus ramos, do doador com o receptor, sendo o procedimento mais utilizado atualmente². Os autores também descreveram a fisiologia do coração denervado e o obstáculo representado pela rejeição.

O primeiro Tx cardíaco humano foi realizado por James Hardy no Mississipi, Estados Unidos, em 24 de janeiro de 1964. Um paciente de 68 anos, portador de insuficiência cardíaca, recebeu o transplante de coração de macaco, mas o coração relativamente pequeno para o receptor, bateu por uma hora e o paciente morreu.

Entretanto, o primeiro transplante entre seres humanos foi realizado na cidade do Cabo, África do Sul, por Christian Neethling Barnard, no dia 3 de dezembro de 1967. O receptor, um cardiopata de 54 anos em fase terminal chegou a deambular após o transplante, mas faleceu 18 dias depois, por apresentar pneumonia bilateral.

No Brasil, o primeiro Tx cardíaco humano foi realizado em maio de 1968, pela equipe chefiada pelo Dr. Zerbini, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Entre 1968 e 1969, foram realizados três transplantes cardíacos com sobrevivência de 18 dias, mais de um ano e pouco mais de 60 dias, respectivamente. Os programas de transplante cardíaco foram interrompidos temporariamente, devido a complicações como infecção e rejeição

² Os pacientes do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba são submetidos a essa técnica.

apresentadas pelos receptores, e só voltariam a ser realizados no país em 1984 (Stolf & Jatene, 1995; Corbioli, Pinto & Rocha, 1999).

No Paraná, segundo informação da Central Estadual de Transplante, o primeiro transplante de coração foi realizado no Hospital Evangélico de Curitiba, no ano de 1985. E no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, o primeiro transplante ocorreu em 1994.

Foi apenas no início dos anos 80 que a técnica do Tx cardíaco se firmou como tratamento da cardiopatia terminal, havendo uma retomada dos programas de transplante com os avanços na imunossupressão, que continuam ainda a se desenvolver. A aplicação cada vez mais disseminada de transplantes de órgãos é responsável pela difusão dessa técnica para muitos centros em todo o mundo e para uma população crescente de pacientes (Braunwald, 1999).

Em relação à imunossupressão, Diasio & LoBuglio (1998) mostram que há situações nas quais o objetivo terapêutico é suprimir um mecanismo de defesa indesejado. E para transplantar tecido de uma pessoa para outra, é necessário suprimir a resposta imunológica normal no receptor, de modo a impedir a rejeição do tecido “estranho” doado. O sucesso de transplante dos aloenxertos só foi possível principalmente por causa da disponibilidade de imunossupressores eficazes.

Da mesma forma, Manrique (1995) afirma que os resultados dos transplantes cardíacos foram melhorando lentamente com os avanços da terapia imunossupressora, que tem por finalidade a diminuição da resposta fisiológica do organismo contra o enxerto, prolongando sua vida útil, na tentativa de minimizar ou eliminar a possibilidade de rejeição.

O surgimento e o uso de agentes imunossupressores determinaram um grande avanço no campo de transplantes, com aumento da sobrevida de milhares de receptores. Entretanto, Dorea (1996) ressalta que, apesar desses importantes avanços terapêuticos, sérios efeitos colaterais podem ocorrer durante o uso dessas medicações, tais como o aumento de infecções e o aparecimento de tumores, já que os medicamentos devem ser tomados durante toda a vida do paciente.

Existem numerosos protocolos de imunossupressão para manutenção, os quais estão mudando continuamente. A maioria dos pacientes recebe ciclosporina em combinação com outros medicamentos. Atualmente, a terapêutica mais comum envolve o tratamento com três drogas: ciclosporina, azatioprina e prednisona (Braunwald, 1999).

Em dezembro de 1986, foi fundada em São Paulo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), com vistas a (1) estimular o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas com transplantes de órgãos no Brasil, (2) congregar os profissionais e as entidades envolvidas em transplantes de órgãos, (3) contribuir para o estabelecimento de normas para a criação e o aperfeiçoamento de legislação relacionada com transplantes de órgãos, (4) estimular a criação de centros de doação, banco de órgãos, serviços de identificação de receptores e formas para difundir ao público os benefícios e a necessidade da doação de órgãos após a morte (Piveta, 1995).

2.3 Qualidade de vida

O grupo de estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS) que pesquisa sobre qualidade de vida, sob a coordenação de John Orley, definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Nessa definição fica implícito que o conceito de qualidade de vida é subjetivo, multidimensional e inclui elementos de avaliação tanto positivos como negativos (Fleck et al., 1999).

Várias evidências científicas mostram que a qualidade de vida afeta a saúde; esta, por sua vez, influencia fortemente na qualidade de vida. Portanto, é fundamental considerar a contribuição tanto da saúde quanto dos fatores sociais na qualidade de vida do ser humano.

Sigerist (1946, apud Buss, 2000) definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: (1) a promoção da saúde, (2) a prevenção das doenças, (3) a recuperação dos enfermos e (4) a reabilitação, e afirmou que a saúde se promove quando se proporcionam condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso. Para essas tarefas serem alcançadas, há necessidade do esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos.

Ultimamente, qualidade de vida é uma expressão bastante debatida entre pesquisadores de diferentes áreas e ocupa cada vez mais espaço na política da saúde e da população, e ainda assim não se consegue ter a definição de um conceito. Conforme Ketefian (1995), a expressão “qualidade de vida” gera mais

dúvidas que respostas, e o autor acredita que nos próximos anos será o ponto de apoio para algumas decisões importantes na área de saúde, ressaltando a relevância no fato de esses profissionais se aprofundarem sobre o assunto.

Buss (2000) afirma que as condições de vida e saúde têm melhorado de forma contínua na maioria dos países, graças aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, assim como aos avanços na saúde pública e na medicina. O autor também reforça a opinião de que restam muitas questões que precisam ser resolvidas e respondidas neste campo de investigação, e acredita que, a partir do setor *saúde*, tais questões possam mais eficazmente, influenciar a qualidade de vida de forma favorável.

Nesse campo, Ortiz & Pueyrredón (2000) destacam que a qualidade de vida relacionada com a saúde está sendo cada vez mais utilizada como indicador de resultado da ação médica. Não existe um conceito definido que englobe diferentes atividades, como a capacidade para realizar tarefas da vida diária, funções psicológicas de bem-estar emocional e mental, funções sociais e de relacionamento. Muitos estudos têm-se voltado para a medição da qualidade de vida relacionada com a saúde, provavelmente pelos avanços terapêuticos, o que aumenta a expectativa de vida e oferece melhores resultados.

2.3.1 Qualidade de vida na condição crônica

O prolongamento da vida é cada vez menos um desafio técnico para a ciência, e cada vez mais se valoriza a qualidade de vida em detrimento do aumento do tempo que se vive, em condição limitada ou incapacitada (Nobre, 1995). O autor define a qualidade de vida como uma sensação íntima de conforto, bem-estar ou felicidade no desempenho de funções físicas, intelectuais e psíquicas dentro da realidade da família, do trabalho e dos valores da comunidade à qual o indivíduo pertence. Enfim, qualidade de vida é o que cada um de nós pode considerar como importante para viver bem.

Em estudos voltados à qualidade de vida em pacientes submetidos a Tx cardíaco, Olson (1992) relata que a qualidade de vida, a saúde geral e a reabilitação social são excelentes aos receptores de um coração. A proporção de pacientes que retornam ao trabalho é equivalente aos pacientes que foram submetidos a um enxerto da artéria coronariana. E os resultados quantitativos da satisfação do

paciente com a qualidade de vida não se diferem significativamente do que acontece com a população em geral.

Da mesma forma Hershberger (1997) reforça a opinião de que a qualidade de vida é melhorada para muitos receptores de Tx cardíaco, e esforços concentrados são necessários para os cuidados em longo prazo e para o acompanhamento pós-transplante cardíaco. O autor enfatiza a importância de se realizarem estudos voltados ao resultado econômico que envolve um procedimento como o transplante.

Ainda em relação ao transplante, Grady et al. (1996) concluem que os pacientes que realizaram o transplante cardíaco apresentam melhor qualidade de vida e maior satisfação em relação aos que aguardavam na lista pré-transplante, considerando-se o desaparecimento dos sintomas e a melhora funcional, o que restabelece sua qualidade de vida.

Conforme Buss (2000), uma nova concepção identifica a saúde com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. O procedimento de tratamento visa não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde–enfermidade: eis a essência das políticas públicas saudáveis.

Alleyne (2001) menciona que a qualidade de vida é uma idéia difícil de se precisar e quantificar sem se considerar o serviço de saúde. Por um lado, a qualidade de vida é interpretada de acordo com os objetivos voltados à saúde e bem-estar, tal como a liberdade da dor ou desconforto, mobilidade, habilidades de pensar. Por outro lado, são avaliadas reações mais subjetivas, como a tolerância do indivíduo à ausência de tais características e seus desejos de recuperá-las.

A tendência é se considerar a qualidade de vida sob um enfoque multidimensional. Assim, cada definição deve ser construída e desenvolvida a partir de dimensões psicológicas, sociais e físicas (King, 1994 *apud* Pereira, 2000). Quando se fala de qualidade de vida para um indivíduo sabidamente prejudicado na sua saúde, a questão principal é se as metas a serem alcançadas por esse indivíduo devem ser as mesmas caso ele seja saudável.

Em decorrência do exposto, acredita-se que a missão do profissional da área de saúde seja não somente no sentido de eliminar a doença, e sim de dar condições de recuperação aos pacientes transplantados nos aspectos físico, psicológico e social, e

conseqüentemente facilitar a conquista de uma melhor qualidade de vida a esses pacientes, passando a perceber o indivíduo em seu conjunto.

2.3.2 Avaliação da qualidade de vida

Tradicionalmente, o conceito de qualidade de vida era delegado a filósofos e poetas. No entanto, Ciconelli (1999) afirma que atualmente há um crescente interesse de médicos e pesquisadores em transformá-lo em uma medida quantitativa que possa ser usada em ensaios clínicos e em modelos econômicos, de modo que os resultados obtidos possam ser comparados entre diversas populações e até mesmo entre diferentes patologias. A avaliação de qualidade de vida é feita basicamente pela administração de instrumentos ou questionários, criados com a finalidade de medir subjetivamente as condições de bem-estar dos indivíduos.

Durante a última década, um dos maiores desenvolvimentos no campo da saúde tem sido o reconhecimento da importância do ponto de vista do paciente em relação à sua doença, bem como a monitoração da qualidade das medidas terapêuticas empregadas para a melhora deste, considerando-se que a melhor medida de qualidade não é o quão freqüente um serviço médico é fornecido ao paciente, mas o quanto os resultados obtidos se aproximam dos objetivos fundamentais de prolongar a vida, aliviar a dor, restaurar a função e prevenir a incapacidade.

Destaca-se a importância da elaboração dos instrumentos de avaliação por especialistas no assunto, visto que a qualidade de vida é uma medida determinada pelas opiniões do próprio paciente (Gill & Feinstein, 1994). No Brasil, conforme Silva (2000), uma das dificuldades em se conduzirem estudos sobre a qualidade de vida é justamente a verificação de que a maioria dos instrumentos utilizados na literatura é desenvolvida em outros países na língua inglesa, havendo a necessidade de tradução e validação com adaptações à nossa realidade.

Segundo Nobre (1995), os questionários de qualidade de vida propiciam a avaliação mais completa do impacto da doença e do tratamento no cotidiano da vida dos pacientes. Os instrumentos genéricos de avaliação da qualidade de vida se aplicam às mais diferentes condições de saúde e refletem os diversos aspectos da vida das pessoas, o que é fundamental no planejamento da política de assistência à saúde e na alocação de recursos. Os instrumentos específicos são especialmente

dirigidos aos aspectos da qualidade de vida, relevantes aos pacientes que se pretende estudar, ou às suas condições particulares. Já que a qualidade de vida é algo que somente o próprio indivíduo pode avaliar e informar ao pesquisador, livre do julgamento de valores externos a ele, o entusiasmo se volta às entrevistas abertas, as quais permitem o livre relato do paciente.

A partir de um questionário genérico de avaliação de saúde, formado por 149 itens e denominado *The Medical Outcomes Study*, desenvolvido e testado em mais de 22 mil pacientes, foi elaborado um questionário abrangente de fácil administração e compreensão, porém não tão extenso como os anteriores. Esse novo questionário, designado *The MOS 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36) foi elaborado com trinta e seis questões que abordam, de um modo genérico, como o paciente julga sua saúde. O SF-36 foi traduzido e validado no Brasil em tese de doutorado por Ciconelli, em 1997.

Trata-se de um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, cujos conceitos não são específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento (Ware & Sherbourne, 1992; Ciconelli, 1997).

Em relação aos instrumentos de avaliação genéricos de saúde disponíveis, Ebrahim (1995) enfatiza que eles não são capazes de dizer exatamente para o profissional de saúde o que fazer como terapêutica. Entretanto, tais instrumentos são capazes de demonstrar se os pacientes conseguem executar determinadas atividades que normalmente executam e como se sentem quando as estão praticando. As aplicações repetidas desses instrumentos no decorrer de um período podem definir a melhora ou piora do paciente em diferentes aspectos, tanto físicos como emocionais, tornando-se úteis para a avaliação de uma determinada intervenção.

3 CONSIDERAÇÕES SOBRE ERGONOMIA E ASPECTOS RELACIONADOS AO PROCESSO DE TRANSPLANTE CARDÍACO

3.1 Considerações sobre ergonomia

Estabelecendo-se uma correlação entre trabalho e doença, pode-se afirmar que o homem se realiza com o trabalho e que a falta dele, o desemprego e a ociosidade acarretam prejuízos para a saúde. Considerando-se que a maioria das pessoas define seu valor pessoal pelo grau de preenchimento de uma ocupação social útil, e que encontra muito de seu suporte pessoal e satisfação no local de trabalho, é imprescindível que todo indivíduo tenha direito à atividade produtiva. Não só o desemprego, mas todos os efeitos deletérios do trabalho sobre a saúde devem ser ponderados.

O objetivo dessas considerações é mostrar que é possível que sejam adotadas algumas medidas para prevenir ou minimizar as condições laborais causadoras de problemas para o trabalhador, não permitindo que o indivíduo seja exposto aleatoriamente a situações de risco, bem como mostrar a possibilidade de adequações para se obterem melhorias no ambiente de trabalho e na conseqüente produtividade.

A ergonomia é definida, segundo Wisner (1987, p. 12) como "o conjunto dos conhecimentos relativos ao homem e necessários para a concepção de ferramentas, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto, de segurança e de eficácia" .

Uma definição da *Ergonomics Research Society* , Inglaterra (Iida, 1993, p. 1), é de que a "Ergonomia é o estudo do relacionamento entre o homem e o seu trabalho, equipamento e ambiente, e particularmente a aplicação dos conhecimentos de anatomia, fisiologia e psicologia na solução dos problemas surgidos desse relacionamento".

Alguns conhecimentos em ergonomia foram convertidos em normas oficiais, com o objetivo de estimular sua aplicação. No Brasil, há a Norma Regulamentadora NR 17 - Ergonomia, que visa estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente.

Na ergonomia, as recomendações ou sugestões apresentadas são comumente definidas para beneficiar a maioria da população. Contudo, Palmer (1976) salienta que a característica predominante dos seres humanos está nas diferenças individuais que eles têm, o que inclui suas habilidades, capacidades e limitações. Deve-se ter isso em mente quando os dados que serão manuseados forem aplicados a um grupo particular de pessoas, e ajustados de acordo com as circunstâncias particulares de cada caso.

O trabalho deve ser não somente um meio de sobrevivência, mas também uma motivação, de modo a permitir tanto a satisfação física como mental do indivíduo, procurando tornar mais seguro e agradável para ele o ambiente e as condições de trabalho. É necessário analisar os valores, os potenciais e as restrições do trabalhador, de forma que não lhe seja exigido nada além do conveniente, e que sua capacidade possa ser racionalmente utilizada (Verdussen, 1978).

A prática ergonômica aborda aspectos referentes às três dimensões do trabalho: (1) a demanda (os problemas), (2) a tarefa (trabalho prescrito) e (3) a atividade (o trabalho real). Essas dimensões englobam fatores organizacionais, técnicos e ambientais, inclusive aspectos referentes ao comportamento do homem bem como à sua qualidade de vida no trabalho.

É de extrema importância no procedimento ergonômico que se identifiquem os reais problemas existentes no ambiente de trabalho e as suas causas, para posteriormente se desenvolver uma estrutura de suporte para implementação de adaptações e soluções, visando melhoramentos contínuos. Mudanças aleatórias, sem estudos anteriores, podem causar efeitos adversos aos esperados. Nesse programa de modificações deve haver envolvimento de toda a instituição e, conseqüentemente, de vários níveis hierárquicos.

Com seu caráter interdisciplinar, a ergonomia apóia-se em diversas áreas do conhecimento humano, coordenando suas pesquisas para chegar a novas e mais abrangentes experiências sobre a relação homem-trabalho, configurando os postos, ambientes e conteúdos do trabalho de acordo com as características e necessidades do trabalhador.

A saúde pode receber influências de formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de estilo de vida, e, sendo a saúde uma questão essencial para todos, as condições de vida e de

trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as pessoas e suas classes pensam, sentem e agem.

Ao descrever o comprometimento da qualidade de vida em função de uma determinada enfermidade, podemos demonstrar sua importância para o indivíduo, no nível social ou de saúde, dentro de uma comunidade. Ressalta-se a necessidade de possuímos (1) parâmetros de avaliação para nortear a distribuição de recursos apropriados dentro do sistema de saúde e (2) regulamentação de leis que favoreçam e proporcionem benefícios a esse grupo de trabalhadores.

Em relação aos deficientes, assim como outras minorias populacionais, Lida (1993) menciona sobre os estudos e experiências que estão sendo feitos em diversos países do mundo, no sentido de melhor integrá-los à sociedade e capacitá-los para o trabalho.

Voltados a essa problemática, muitos órgãos já promovem o aproveitamento de pessoas com necessidades especiais. Por exemplo, na cidade de Curitiba há deficientes auditivos que atuam em bibliotecas na organização e colocação de materiais nas estantes, deficientes físicos em correios franqueados e pessoas da terceira idade na função de empacotador em uma rede de supermercados. Há também institutos e associações constituídos de membros portadores de deficiências similares, atuando conjuntamente em determinadas ocupações.

De acordo com Laville (1977), a ergonomia se aplica dentro de um determinado quadro político. Dessa forma, as mudanças mais significativas nas condições de trabalho foram alcançadas, na maioria dos casos, através de pressões sociais. Dejours (1988) também sugere que a evolução das condições de vida e de trabalho, e, portanto, de saúde dos trabalhadores, não pode ser dissociada do desenvolvimento das lutas e das reivindicações operárias em geral.

É fundamental conscientizar a população e as empresas sobre a incorporação de políticas associadas a programas para promoção de atividades produtivas, mediante escolha adequada da tarefa, treinamento e adaptações nos postos e ambientes de trabalho, a fim de alcançar o bem-estar dos funcionários com implantação de projetos ergonômicos que visem melhorias, definindo e avaliando estratégias que proporcionem condições laborais físicas e psicologicamente aceitáveis.

3.2 Retorno ao trabalho após ter sido submetido ao transplante cardíaco

Uma medida consistente da qualidade de vida de um pós-transplantado tem sido seu retorno ao trabalho, pois os pacientes que retomam suas atividades profissionais após Tx cardíaco geralmente têm uma melhor qualidade de vida se comparados aos que não retomam, conforme concluem Paris et al. (1992). Através de estudos realizados em sete centros de transplantes de diferentes regiões geográficas dos Estados Unidos, os pesquisadores relatam que 45% dos pacientes estavam empregados, 36% desempregados, 13% incapacitados e 6% aposentados. O autor e seus colaboradores ressaltam a necessidade da reabilitação social e a importância do retorno ao trabalho por diversas razões, tais como melhora dos resultados médicos, pressões financeiras no racionamento de cuidados à saúde e aumento nos direitos a pacientes com limitações.

Fragomeni et al. (1988) relatam que na Universidade de Minnesota a reabilitação pós-transplante tem sido excelente, com 64% dos pacientes com mais de três meses pós-transplante tendo retornado ao trabalho que realizavam anteriormente ao evento cardíaco, enquanto 25% dos transplantados – a maioria do grupo de maior faixa etária – permanecem aposentados e levam uma vida normal. Os autores mencionam que 8% dos pacientes estão sem emprego, mas com capacidade física para o trabalho, e somente 3% dos pacientes estão limitados em sua atividade.

Nesse contexto, Pinson (2000) complementa que são bastante citadas as consequências após um procedimento de transplante no tocante à técnica, às complicações e taxas de sobrevivência. Contudo, é necessário avaliar os resultados quanto à qualidade de vida e retorno ao trabalho, pois um procedimento como um transplante é bastante complexo.

Conforme Rosenblum et al. (1993), os receptores de transplante cardíaco que estão empregados apresentam um alto índice de controle sobre as condições de trabalho, o que contribui positivamente para o fator “satisfação em relação à vida”. Entretanto, dos 44% desempregados, 8% consideram-se incapazes de encontrar trabalho, e 12% indicaram ser capazes de trabalhar, porém tinham medo da perda de benefícios econômicos recebidos como indivíduos incapacitados.

Fisher et al. (1995) mostram que quatro meses após o transplante os pacientes apresentam excelentes funções de saúde, e, no que diz respeito aos

aspectos relacionados à qualidade de vida e ao trabalho, essa melhora é observada de oito a 24 meses após a cirurgia ter sido realizada. Num período de cinco anos após o transplante, somente 11% dos pacientes podem ser classificados como levemente deprimidos, e 53% continuam trabalhando. O baixo índice de retorno ao trabalho pode ser devido ao processo da idade, que atinge a fase da aposentadoria. Outros autores têm observado fatores de desencorajamento, que incluem bônus por deficiência, não ter seguro de vida do emprego, baixas condições econômicas e a percepção do paciente a todos esses obstáculos. Diante desse quadro, uma reforma social é tão essencial quanto um bom resultado médico.

Em estudos realizados por Pereira (2000), verificou-se que dos pacientes submetidos a transplante no Hospital São Paulo, excluindo-se mulheres que referem atividades domésticas, apenas 38,89% referem a atividade de trabalho. O autor complementa que esses dados, quando comparados entre o nosso meio e o dos países desenvolvidos, devem ser cuidadosamente analisados, pois existem diferenças socioeconômicas importantes.

Dos pacientes que passaram por uma experiência de transplante, de acordo com Collins et al. (1996), enfrentaram o processo de transplante de uma forma mais positiva aqueles com mais recursos financeiros, os que têm maior satisfação com suas vidas de uma forma geral e os que têm um planejamento financeiro mais equilibrado.

O retorno ao trabalho de 71% dos pacientes transplantados no *Centre de Réadaptation Cardiaque et Service de Cardiologie* (Bélgica) foi principalmente relacionado à assistência psicossocial (Niset & Degré, 1988). Os autores concluem que, se o critério psicológico da seleção para o transplante foi cuidadosamente respeitado, e se houve assistência psicossocial ativa durante todo o processo de transplante, a qualidade de vida, o retorno ao trabalho e a reintegração social de pacientes transplantados não resultaram em qualquer dificuldade.

Quanto à expectativa de sobrevida, a maioria dos pacientes que são submetidos a um Tx cardíaco pode apresentar sobrevida longa e reabilitação completa. Vários estudos têm tentado definir o potencial de reabilitação do paciente. No relato de pacientes em Stanford, 91% foram classificados como reabilitados com êxito; entretanto, apenas 46% do total retornaram ao trabalho em período integral. Isso pode refletir a aposentadoria precoce planejada, o desejo de não descartar a incapacidade e os benefícios de seguro, ou a resistência do empregador em admitir

um indivíduo com distúrbio crônico, em vez de indicar alguma limitação física (Braunwald, 1999).

Na experiência da Universidade Federal de São Paulo, segundo Branco (1998), dos 53 transplantados cardíacos que são acompanhados por essa instituição, todos se encontram em boas condições de saúde, inclusive o primeiro transplantado, que foi submetido ao transplante há 10 anos e 6 meses, continua em seu emprego, trabalhando normalmente.

No estudo realizado por Bittar (1992) sobre retorno do paciente ao trabalho após revascularização do miocárdio, com base na análise de vários autores, encontram-se resultados semelhantes em relação ao nível educacional, destacando-se a importância de uma boa educação e maior possibilidade de retorno ao trabalho em função dessa variável. Bittar (1992) cita que outro fator a ser analisado para prever o retorno do paciente ao trabalho é a condição de ele estar trabalhando antes do procedimento, bem como a existência de uma forte correlação entre o seu retorno ao trabalho e a atividade que demanda grande esforço físico, visto que, na pesquisa realizada pelo autor, para as atividades que menos exigiam do paciente, havia mais retorno.

3.3 Características do processo de transplante cardíaco

3.3.1 Quanto à atividade física

A reabilitação física está cada vez mais integrada ao programa terapêutico após o Tx cardíaco, devido ao fato de muitos dos pacientes submetidos a esse teste estarem extremamente descondicionados pela inatividade perioperatória (Ferraz & Arakaki, 1995). Portanto, eles se beneficiam muito de um programa gradual de exercícios regulares e da abordagem multiprofissional, em especial a psicológica, pois é comum apresentarem ansiedade e insegurança quanto à função e às respostas do novo coração ao esforço. Os autores ainda ressaltam que o envolvimento e o apoio familiar são imprescindíveis.

Na pesquisa realizada por Paris et al. (1992), dos transplantados cardíacos empregados, 92% acreditam estar fisicamente plenos para retorno ao trabalho. Entretanto, dos desempregados, somente 39% sentem-se fisicamente capazes de reassumir um emprego, o que contrasta com o resultado do exame físico de que

todos os pacientes desempregados foram tecnicamente avaliados como capazes para exercer o trabalho. Essa disparidade entre a pesquisa com os pacientes e o resultado físico em relação à capacidade de retorno ao trabalho é estatisticamente significativa. As razões citadas para isso são diversas, no entanto, a mais citada na literatura especializada foi o efeito medicamentoso.

Nesse campo, Rosenblum et al. (1993) relatam que o paciente transplantado, por necessitar usar medicamento imunossupressor, pode apresentar alterações musculoesqueléticas que ocasionam dor. Também a própria falta de exercício e descondicionamento físico podem acarretar alterações. Os autores sugerem programas específicos de terapia física e ocupacional, enfatizando a correlação existente entre a qualidade de vida e os componentes físicos e psicossociais.

Bocchi et al. (1994) realizaram uma avaliação hemodinâmica durante exercício isotônico em pacientes submetidos a Tx cardíaco e afirmam que os pacientes são capazes de desenvolver atividade física semelhante a indivíduos normais, apesar de apresentarem durante o exercício menor incremento do débito cardíaco e da frequência cardíaca.

Na análise ergoespirométrica, Salles et al. (1998) observaram respostas cardiorrespiratórias inferiores durante o exercício em portadores de Tx cardíaco, evidenciando os benefícios do transplante cardíaco para os cardiopatas durante suas atividades físicas habituais. Estes autores também mencionam o aumento da sobrevida e melhora na qualidade de vida dos pacientes operados, o que permite o retorno às atividades laborativas, facilitando a reintegração desses pacientes à comunidade.

Jensen et al. (1991) comentam que a resposta cardiovascular ao teste de exercício em pacientes com Tx cardíaco melhorou significativamente após um programa de exercícios, o qual deve ser seguido pelo paciente de um a dois anos consecutivos. Esse programa faz com que a denervação do coração transplantado se adapte à atividade física.

Longos períodos de inatividade perioperatória, falta de motivação, ansiedade, depressão e atrofia muscular esquelética corticóide induzida reduzem o desempenho cardiorrespiratório do transplantado e justificam a prescrição de exercícios físicos (Salles & Oliveira, 2000).

3.3.2 Aspectos psicossociais

Muitos autores são unânimes em reconhecer que os pacientes passam por distintas fases emocionais, desde a indicação do procedimento até o pós-transplante cardíaco, e que cada uma delas é caracterizada por ansiedades específicas. Ocorre uma mudança abrupta na auto-imagem, pois, poucos dias após ter realizado o transplante, o paciente caminha, alimenta-se e experimenta uma força física que há muito tempo não sentia, e essa mudança tão rápida faz com que ele emocionalmente tenha de se adaptar. Portanto, como se sente curado, o paciente não entende o motivo de ser submetido a tantos cuidados especiais (Knijnik, 1993).

Os aspectos psiquiátricos do Tx cardíaco envolvem inúmeras questões. Pelo fato de o transplante cardíaco significar uma luz de espera para pacientes em estágio final de doença cardíaca, é compreensível a urgência que os receptores sentem em relação ao transplante. Todavia, essa pressa pode deixar algumas questões importantes em segundo plano, o que, após o transplante, pode resultar em algumas dificuldades emocionais do receptor com o novo órgão. Por esses motivos, o paciente deve ser auxiliado a avaliar o procedimento, antes de concordar com a cirurgia.

O paciente submetido a Tx cardíaco enfrenta um ataque enorme à imagem corporal, ou seja, ao próprio ego. Por isso, manifesta reações psicológicas das mais diversas, da mesma maneira como nenhuma família deixa de vivenciar ansiedades muito profundas no processo de transplante. Por esses motivos, a atenção psicológica deve ser dirigida a todos, pacientes e familiares (Knijnik, 1993).

Após a alta, inicia-se o período de adaptação à nova vida. O paciente necessita manter um estreito elo com a equipe médica devido aos exames freqüentes e aos controles de medicação e de infecções. São também freqüentes os problemas familiares, pois a família tem a tendência de controlar o paciente, que não entende a necessidade de tal controle. O fato de ele retornar a casa, apto a assumir uma posição de liderança, reativa disputas pelo poder familiar.

Por meio de dados coletados antes do transplante cardíaco e após um ano do transplante em intervalos de três meses, Riether et al. (1992) demonstram, através de testes psicométricos, relacionados com eletroencefalograma, que os pacientes submetidos a Tx cardíaco apresentaram aumento significativo nas funções neurocognitivas, nos sintomas de depressão e na qualidade de vida.

O programa de reabilitação física melhora a capacidade funcional do paciente e traz mudanças significativas no seu bem-estar psicológico, melhorando a disposição de pacientes cardiopatas que se encontram deprimidos (Beniamini et al. 1997). O autor complementa que o treinamento físico é uma intervenção efetiva de baixo custo, mas que deve ser supervisionado por um profissional especializado.

Niles (1980) *apud* Bittar (1992) lembra a importância que tem a atitude do médico quanto à administração do pós-operatório e às recomendações ao paciente, bem como a atitude da família que o encoraja, evitando a proteção que inibe o ajustamento em potencial, sem subestimar sua capacidade de retornar às atividades.

Conforme Quaresma (1995), *apud* Silva (1999), as reações psicológicas às doenças crônicas se fazem sentir em diferentes níveis, variando de pessoa para pessoa. Uma doença de curso prolongado priva o indivíduo de inúmeras fontes de prazer pessoal, à medida que interfere na auto-estima, no controle do próprio corpo e nas relações interpessoais.

Os pacientes do grupo da fila de espera são pessoas severamente comprometidas do ponto de vista físico e que aguardam ansiosamente por uma resolução, sem tempo previsto para um problema que lhes custa a possibilidade de viver. A limitação e a incapacidade de executar uma série de atividades atribui-lhes sentimento de inferioridade, de inadequação, de autopiedade e de baixa auto-estima. Pela fragilidade, o indivíduo torna-se receptivo a conselhos e influências, necessitando ser ajudado e amparado, a fim de suportar a espera por um doador (Hojaij Em et al., 1995).

Por outro lado, os receptores de transplante apresentam-se temerosos de que qualquer coisa venha a lhes prejudicar e procuram poupar-se de esforços, numa tentativa de resguardar o novo coração. Há também pacientes que se encontram com a identidade abalada, pelas fantasias de aquisição de características do doador e sentimento de culpa por ter pegado o órgão que era de outra pessoa.

3.3.3 Reabilitação e condicionamento físico

A reabilitação cardiovascular após Tx cardíaco, cujo objetivo é reintegrar o indivíduo às atividades habituais, é influenciada por aspectos fisiológicos típicos pós-transplante cardíaco. Entre esses aspectos destacam-se a denervação cardíaca,

menor resposta da frequência cardíaca ao exercício, aumento da frequência cardíaca em repouso, uso de drogas imunossupressoras e possibilidade de descondicionamento físico prolongado previamente ao transplante.

Conforme Braunwald (1999), o coração transplantado permanece em grande parte denervado durante toda a vida do paciente que o recebeu. Vários estudos documentam a resposta do coração transplantado ao exercício ou ao estresse, que é menor que a resposta normal, porém adequada para quase todas as atividades.

Os candidatos a Tx cardíaco, segundo Ferraz & Arakaki (1995), freqüentemente aguardam meses, alguns até anos, e durante esse período, além da terapia medicamentosa, a atividade física programada tem papel efetivo, não só com o objetivo de reduzir os sintomas, mas também de melhorar a capacidade funcional. Os sintomas mais freqüentes são: (1) dispnéia e fadiga aos esforços, que têm sido atribuídas ao aumento da pressão capilar pulmonar, induzido pelo exercício físico, e (2) a inadequação de débito cardíaco, respectivamente. Portanto, um programa de condicionamento ambulatorial, ou mesmo no leito, deve ser aplicado a pacientes mais limitados, incluindo exercícios que, mesmo realizados por alguns minutos, várias vezes por dia, tornam-se eficazes, se não para condicionar o coração, para preservar a função de outros sistemas e proporcionar uma melhor recuperação do paciente por ocasião do transplante.

Embora os pacientes após terem realizado Tx cardíaco mostrem resultados encorajadores e aumento da qualidade de vida, de acordo com Cotts & Oren (1997) o coração transplantado apresenta alterações cardiovasculares, e sua tolerância ao exercício está reduzida. A atividade física regular tem papel fundamental no incremento de consumo de oxigênio e deve ser iniciada o mais precocemente possível. Estudos sobre os efeitos do condicionamento físico têm demonstrado modificações hemodinâmicas e metabólicas favoráveis, resultando em melhora significativa da capacidade funcional do indivíduo.

Vários fatores têm sido descritos como responsáveis pela redução da capacidade funcional nesse grupo de pacientes, como ilustra o Quadro 3.1, a seguir.

Quadro 3.1 - Fatores que reduzem a capacidade funcional após transplante cardíaco

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Denervação do coração transplantado2. Tempo de isquemia na transferência doador/receptor3. Diferença de superfície corpórea doador/receptor4. Maior resistência vascular pulmonar do receptor |
|---|

FONTE: Ferraz & Arakaki (1995).

Após Tx cardíaco, a maioria dos pacientes tem potencial para atingir a capacidade física meta de 10 mets³ ou até maior, depois de três a seis meses de reabilitação cardiovascular. Essa capacidade funcional é suficiente para realização da maioria das atividades diárias, tanto as profissionais como as recreativas.

Ainda segundo Ferraz & Arakaki (1995), a reabilitação física tem cada vez mais se integrado como componente-padrão no programa terapêutico após o transplante cardíaco. Muitos desses pacientes estão extremamente descondicionados e desmotivados, devido aos longos períodos de repouso, e apresentam problemas clínicos secundários à inatividade perioperatória, mantendo baixo VO₂max⁴ mesmo após a cirurgia. Portanto, eles se beneficiam muito de um programa gradual de exercícios regulares e da abordagem multiprofissional, em especial a psicológica, pois quase invariavelmente exibem ansiedade, depressão e insegurança quanto à função e às respostas do novo coração ao esforço.

Pavanello (1995) ressalta que, para a otimização dos resultados em longo prazo, é fundamental a atuação de uma equipe multiprofissional com o grupo de pós-transplantados. Há essa necessidade, visto que, além das alterações orgânicas, existe a complexa relação do paciente com seus familiares e com a sociedade, assim como os preconceitos que o "novo coração" encontra no dia-a-dia, que podem interferir no resultado final do procedimento, independente da boa condição clínica do paciente.

³ Um met é igual a 3,5 ml de captação de oxigênio por quilo de peso corpóreo por minuto e representa o custo metabólico aproximado para se manter em repouso.

⁴ VO₂ é a medida da capacidade de exercício. É a captação de oxigênio, que representa os litros de oxigênio transportados dos pulmões por minuto e que são usados pelo músculo esquelético no esforço máximo.

4 ESTUDO DE CAMPO REALIZADO NO AMBULATÓRIO DE TRANSPLANTE CARDÍACO

4.1 Introdução

O estudo de caso foi realizado no Ambulatório de pacientes transplantados cardíacos do Serviço de Cirurgia Cardíaca do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. Nessa instituição hospitalar, esses pacientes são acompanhados mensalmente pela cardiologista responsável, que realiza um rigoroso controle clínico e, quando necessário, os encaminha para exames mais específicos.

4.2 Metodologia da pesquisa

Os questionários genéricos de saúde foram desenvolvidos para expressar, em termos numéricos, distúrbios da saúde percebidos do ponto de vista do paciente. Esses questionários podem ser aplicados nos vários tipos de doença, tratamentos ou intervenções, entre culturas e lugares diferentes. Permitem comparar diversos tipos de doença, condições e populações, e fornecem uma estimativa válida da alteração da saúde, particularmente em alterações clinicamente importantes.

Em 1992, foi desenvolvido o Short-Form 36 (SF-36) a partir do *Medical Outcomes Study* (MOS), instrumento utilizado na presente investigação para a mensuração da qualidade de vida. O SF-36 foi traduzido e validado para o Brasil no ano de 1997.

4.2.1 Método de trabalho

Para a consecução dos objetivos propostos, utilizou-se um método de trabalho fundamentado em uma pesquisa de campo, constituída de duas etapas, a saber: uma fase exploratória e outra de coleta de dados.

Inicialmente realizou-se uma observação do Ambulatório, em conjunto com a análise dos prontuários dos pacientes, onde se encontram seus dados pessoais, diagnóstico, resultados dos exames realizados e descrição cirúrgica. A aplicação do questionário foi efetuada no decorrer dos encontros e foi acompanhada de entrevistas não-estruturadas (Barros, 1990), conforme a necessidade que surgia de

esclarecimentos sobre determinados assuntos, para uma posterior análise final dos dados.

Os questionários (Anexo A – Questionário de Identificação e Anexo B – Questionário SF-36) foram aplicados individualmente, sendo o paciente auxiliado quando solicitado, mas sem ter interferência nas suas respostas. Apesar da boa aceitação do SF-36 observada em outros trabalhos, além das questões pertencentes ao questionário genérico de saúde verificou-se a necessidade de se acrescentarem algumas questões relacionadas à identificação, escolaridade, aposentadoria, atividade profissional e atividade física, com o intuito de se avaliar a problemática que envolve a qualidade de vida e o retorno ao trabalho do transplantado cardíaco.

O SF-36 é um questionário genérico multidimensional, formado por 36 itens, englobados em oito componentes: (1) capacidade funcional, (2) aspectos físicos, (3) dor, (4) estado geral de saúde, (5) vitalidade, (6) aspectos sociais, (7) aspectos emocionais e (8) saúde mental. Engloba também mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás (Ware et al., 1994). O SF-36 representa o conceito de saúde que os autores acreditam ser o mais freqüentemente utilizado nas pesquisas médicas (Ware & Sherbourne, 1992).

Esse questionário foi criado para estabelecer um método mais efetivo que possibilitasse mensurar funções e conceitos subjetivos do estado de saúde do paciente, e também para poder comparar o resultado de diferentes métodos de cuidados. As pontuações de cada componente do SF-36 são calculadas pelo somatório dos itens de cada questão e transformadas em uma escala de 0 a 100 pelo cálculo de Raw Scale.

Cabe salientar que os pacientes em estudo fazem uso de imunossupressores (ciclosporina, azatioprina, prednisona), fornecidos mensalmente pela Secretaria de Saúde.

4.2.2 Limitações da pesquisa de campo

Os questionários de medidas de saúde geral são a melhor tentativa de abranger todo o espectro da "doença", mas, inevitavelmente, reduzem o número de itens que se referem às condições clínicas específicas.

Além de a amostra ser pequena, nesta pesquisa não foi possível abranger a totalidade do grupo. A população a ser estudada contava com 15 pacientes,

conseguindo abranger somente 10 pessoas, o que representa uma amostra de 66% da população viva transplantada neste serviço até o presente momento.

Aparentemente essa restrição deu-se em decorrência dos seguintes fatores: (1) dificuldades no deslocamento dos pacientes, por residirem em outras cidades; (2) pacientes com problemas de saúde; (3) preferência de alguns em não participar da entrevista, apesar da explicação sobre o objetivo; e (4) origem da pesquisa, vinculada a uma instituição de ensino.

4.3 Apresentação dos dados

4.3.1 Caracterização geral do grupo - dados obtidos no questionário de identificação (Tabela 4.1)

A princípio, a população estudada contava com 15 pessoas, mas, em função das limitações já expostas, este trabalho considerou dez pessoas para efeitos estatísticos. Em decorrência do fato de a amostra ser pequena, os resultados dos dados serão apresentados numericamente, de modo a permitir uma melhor visualização do contexto. A tabela a seguir apresenta os dados obtidos no questionário de identificação dos pacientes entrevistados.

Tabela 4.1 - Dados de caracterização geral dos pacientes entrevistados.

Caso	Identificação	Tempo pós-transplante (meses)	Sexo	Idade	Escolaridade	Ocupação anterior	Ocupação atual	Medo de trabalhar	Restrição do empregador	Aposentadoria	Atividade física
1	V.S.S.	3	M	49	Primário	Motorista	Não	Sim	---	Sim	Não realiza
2	O.R.R.	7	M	51	Secundário	Mecânico	Não	Sim	Não	Sim	Caminhada
3	A.R.C.	9	M	53	Primário	Manutenção de prédios	Não	Sim	---	Sim	Caminhada
4	J.M.M.	14	M	52	Primário		Não	Sim	Não	Não	Não realiza
5	S.P.S.	16	M	62	Terciário	Corretor imobiliário	Corretor imobiliário	Não	---	Não	Caminhada
6	G.R.	17	M	45	Primário	Torneiro	Jardinagem	Sim	---	Sim	Caminhada
7	N.S.O.	30	F	58	Secundário	Não	Não	Não	Não	Não	Yoga
8	A.M.L.	48	F	53	Secundário	Comércio	Não	Não	Não	Não	Caminhada
9	P.P.O.	56	M	32	Primário	Carpinteiro	Serviços gerais	Não	---	Sim	Não realiza
10	J.J.O.	79	M	54	Primário	Pedreiro	Vigia	Não	Não	Sim	Não realiza

a) Quanto ao tempo de pós-transplante cardíaco

Os dados da pesquisa foram obtidos com pessoas que se submeteram ao transplante cardíaco entre 3 a 79 meses. O Gráfico 4.1 ilustra de maneira geral o tempo de pós-transplante cardíaco: uma pessoa no intervalo compreendido entre 0-6 meses, duas pessoas entre 7-12 meses, três pessoas entre 13-24 meses e quatro pessoas acima de 25 meses de realização da cirurgia.

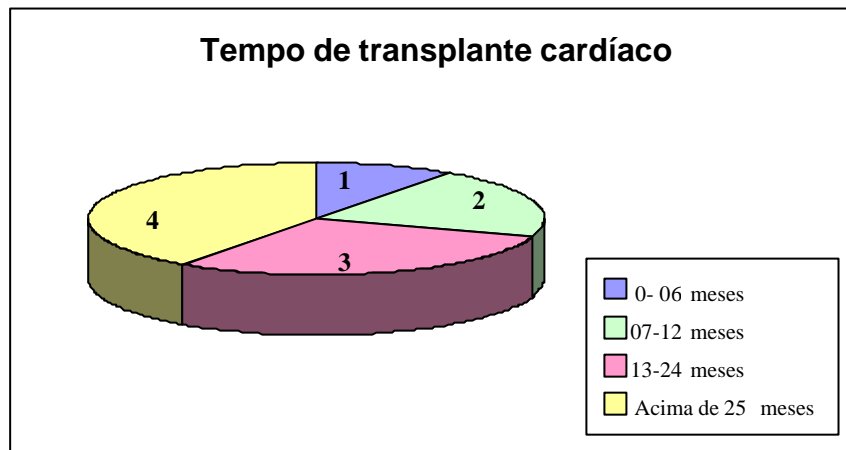


Gráfico 4.1 - Tempo de pós-transplante cardíaco (em meses)

b) Quanto ao sexo

Neste grupo, oito pessoas pertencem ao sexo masculino, e duas são do sexo feminino, conforme pode ser visualizado no Gráfico 4.2.

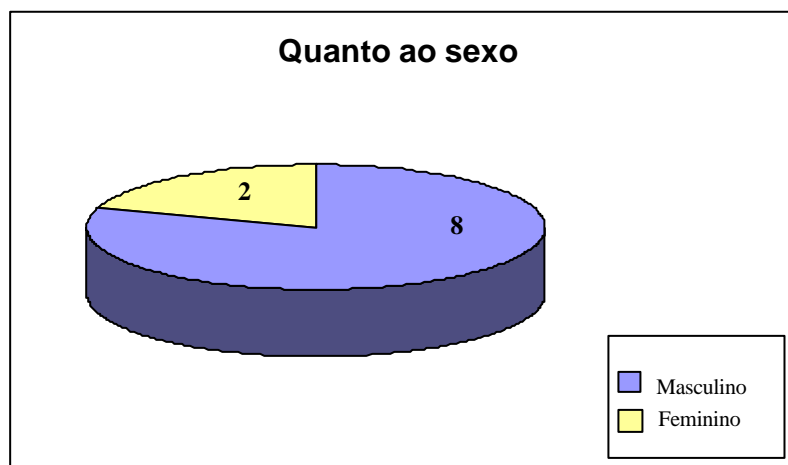


Gráfico 4.2 - Transplantados cardíacos por sexo

c) Quanto à idade

A amostra analisada compreende pessoas na faixa etária entre 32 e 62 anos, uma das quais com faixa etária entre 30-39 anos; duas pessoas possuem entre 40-49 anos, outras seis têm entre 50-59 anos e apenas uma possui idade acima de 60 anos, conforme pode ser verificado no Gráfico 4.3.

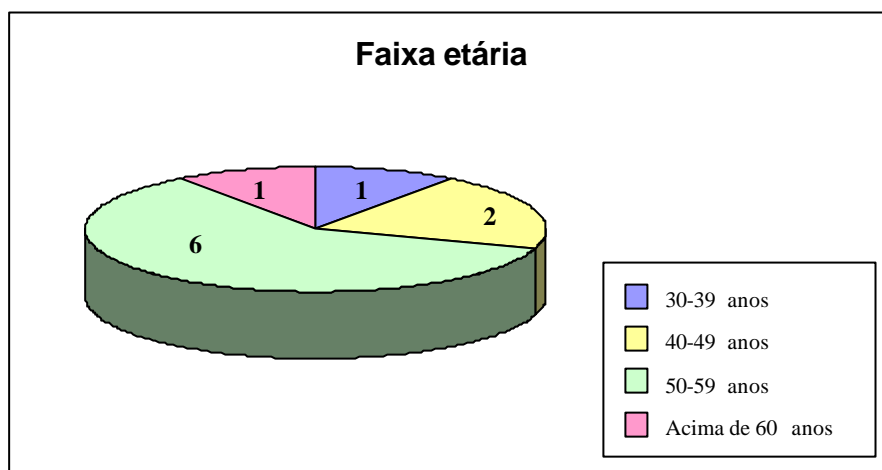


Gráfico 4.3 - Faixa etária atual de pessoas da amostra

d) Quanto à escolaridade

De acordo com o Gráfico 4.4, a maioria das pessoas da amostra coletada possui o ensino de nível primário, totalizando seis pessoas; do restante, três pessoas possuem o 2º grau, e apenas uma possui o 3º grau.

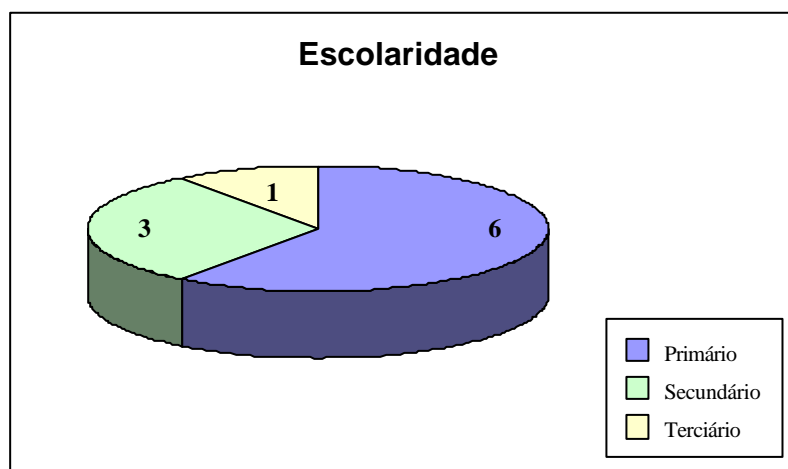


Gráfico 4.4 - Escolaridade

4.3.2 Aspectos relacionados ao trabalho

a) Dados de ocupações anteriores e atuais

De acordo com os percentuais apresentados no Gráfico 4.5 a seguir, das 10 pessoas entrevistadas, 8 pessoas (80%) trabalhavam antes da cirurgia, e atualmente apenas 4 (40%) continuam trabalhando. Os demais entrevistados realizam atividades domésticas ou atividades não assalariadas.

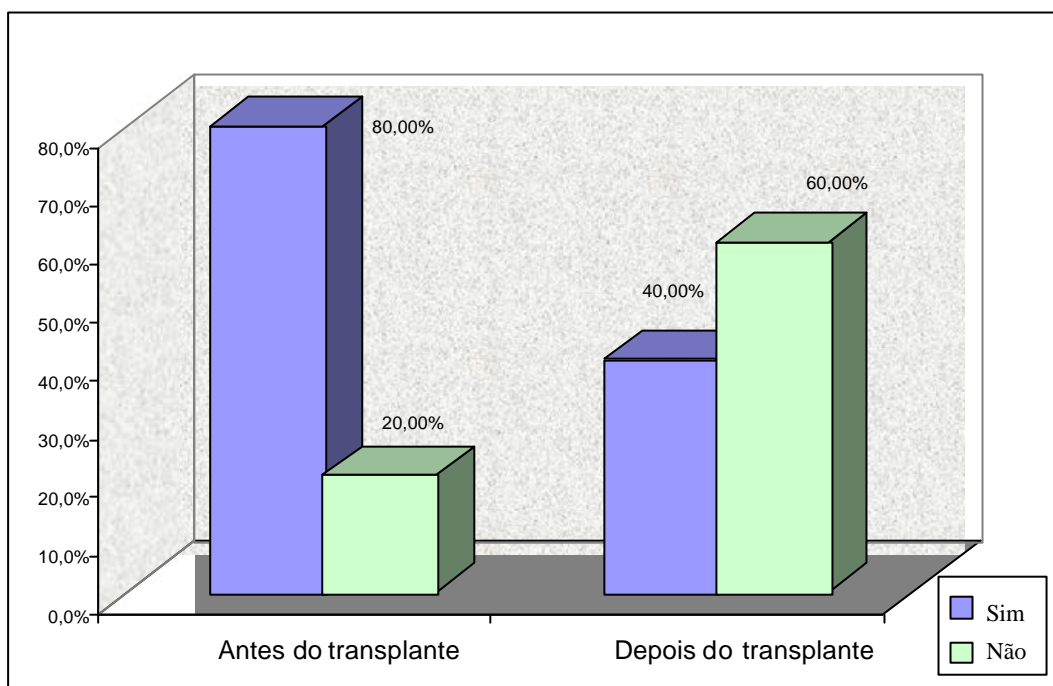


Gráfico 4.5 - Envolvimento em atividade profissional

Pode-se observar no Quadro 4.1 as funções exercidas antes e depois do transplante cardíaco.

Quadro 4.1 - Função anterior ao transplante e função atual de trabalho

Ocupação anterior	Ocupação atual
Motorista	Não está trabalhando
Mecânico	Não está trabalhando
Manutenção de prédios	Não está trabalhando
Corretor imobiliário	Continua como corretor
Torneiro	Jardinagem
Comércio	Não está trabalhando
Carpinteiro	Serviços gerais
Pedreiro	Vigia

b) Medo de trabalhar

Dentre as dez pessoas entrevistadas, cinco relataram ter medo de trabalhar após a realização do transplante, principalmente por receio de fazer esforço físico e de ter complicações em seu estado de saúde, e outras cinco responderam não ter esse medo.

c) Restrição do empregador

Quanto à questão que envolve restrição por parte do empregador, a metade das pessoas responderam que não sofreram restrições dessa ordem pelo fato de serem pacientes cardiopatas, enquanto a outra metade optou por não responder.

d) Quanto à aposentadoria

O Gráfico 4.6 demonstra que, das dez pessoas avaliadas, seis encontram-se aposentadas, e as outras quatro não possuem plano de aposentadoria. Dessas quatro, duas nunca exerceram atividade profissional, e uma continua exercendo a sua função normalmente.

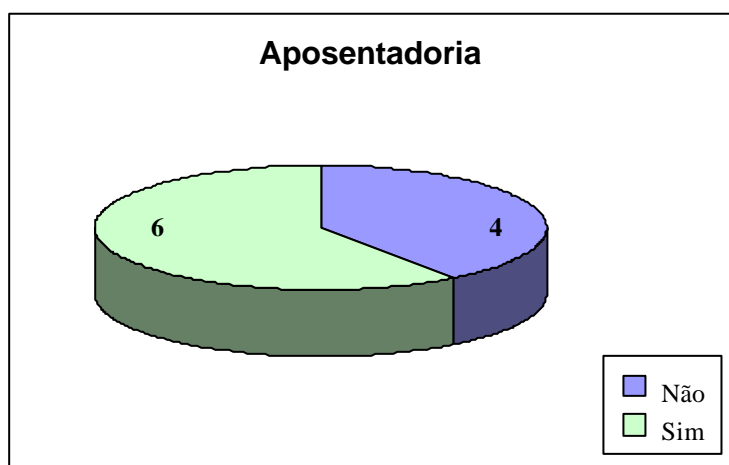


Gráfico 4.6 - Dados relativos à aposentadoria

e) Atividade física

Conforme verificado no Gráfico 4.7 a seguir, dos dez pacientes que participaram deste estudo seis relatam realizar atividade física regular; a maioria das pessoas (5) realizam caminhadas, e apenas uma pessoa pratica yoga. O Gráfico ilustra de maneira geral as atividades desenvolvidas.



Gráfico 4.7 - Atividade física desenvolvida

4.3.3 Apresentação dos dados obtidos no SF- 36

No SF-36, algumas perguntas apresentam respostas do tipo "sim" ou "não", com pontuação 1 e 2, respectivamente, e outras apresentam respostas avaliadas numa escala em que as questões podem variar de 1 a 6 pontos. De acordo com a escala de pontuação do questionário SF-36 (Anexo B – item Pontuação do Questionário SF-36), cada questão possui uma pontuação com valor numérico específico. Essas questões posteriormente são transformadas num escore final de 0 a 100, no cálculo do Raw Scale. Nesse escore, o zero corresponde ao pior estado geral de saúde, e o valor 100, ao melhor estado de saúde.

Conforme cálculo do Raw Scale (Anexo B - item Cálculo do Raw Scale), pode-se observar que cada componente apresenta uma ou duas questões específicas, correspondentes ao questionário SF-36, ilustrado na Tabela 4.2.

Tabela 4.2 - Cálculo do Raw Scale

	Questão	Limites	Score Range
Capacidade funcional	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10,30	20
Aspectos físicos	4 (a+b+c+d)	4,8	4
Dor	7 + 8	2,12	10
Estado geral de saúde	1 + 11	5,25	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	4,24	20
Aspectos sociais	6 + 10	2,10	8
Aspecto emocional	5 (a+b+c)	3,6	3
Saúde mental	9 (b+c+d+f+h)	5,30	25

Na primeira coluna encontram-se os oito componentes que são avaliados de forma individualizada, e na segunda coluna, as questões correspondentes, que são interpretadas numericamente através da pontuação anteriormente citada (Anexo B). Os limites correspondem à somatória mínima e máxima possível, de acordo com a resposta escolhida, e a última coluna mostra a variação dos limites possíveis.

Com base nesses dados, chega-se ao resultado final através do cálculo do Raw Scale, em que:

$$\text{Item} = \frac{[\text{Valor obtido} - \text{Valor mais baixo}]}{\text{Variação}} \times 100$$

onde o valor obtido é a somatória da questão correspondente ao componente; o valor mais baixo, o limite mínimo; e a variação, o *score range*.

Portanto, para cada componente sendo avaliado em separado, não existe um único valor que resuma toda a avaliação, traduzindo-se num estado geral de saúde que seja melhor ou pior. Isso justamente para que, numa média de valores, evite-se o erro de não se identificar ou subestimar os reais problemas relacionados à condição do paciente. O item número 2 do questionário avalia a evolução da saúde do indivíduo, comparando a saúde atual com a de um ano atrás. Portanto, esse item não entra no cálculo dos componentes. Os resultados obtidos são mostrados no Gráfico 4.8, a seguir.

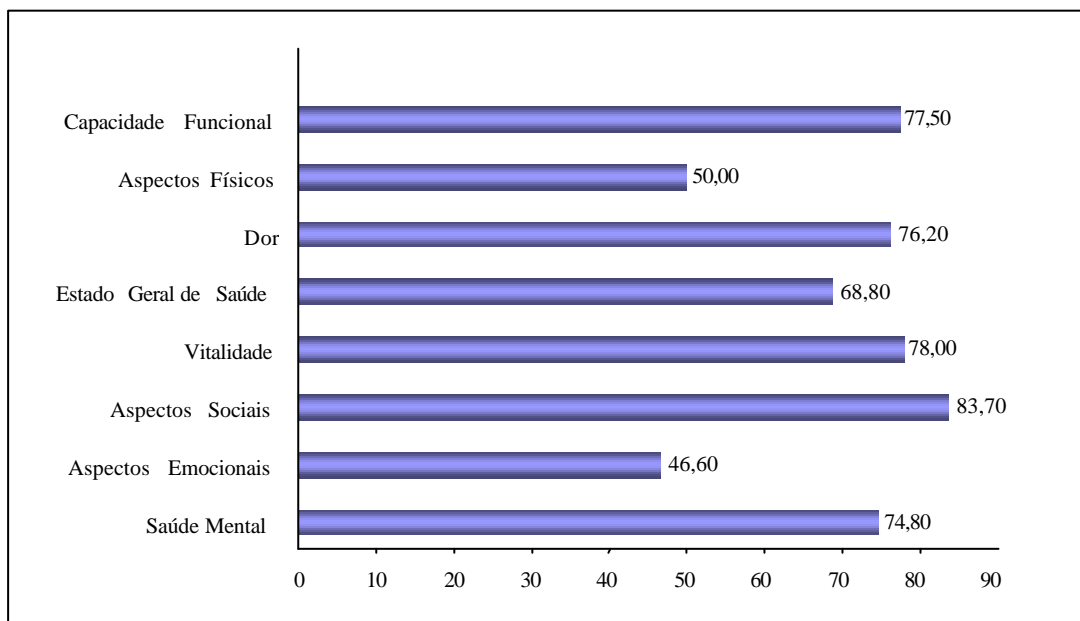


Gráfico 4.8 - Média dos resultados da avaliação da qualidade de vida dos pacientes (cálculo do Raw Scale)

a) Capacidade funcional

Este componente corresponde à questão de número 3 das 11 perguntas que compõem o questionário SF-36 (Anexo B – Questionário SF-36). Questiona sobre

as atividades que o avaliado poderia realizar atualmente durante um dia comum e se, devido à sua saúde, tem dificuldades para realizar determinadas atividades e o quanto de dificuldade apresenta para tal. Essas atividades estão distribuídas em 10 itens, podendo ser respondidas conforme o grau de dificuldade: sim, dificulta muito; sim, dificulta um pouco; não, não dificulta de modo algum. As pontuações são 1, 2, 3, respectivamente.

Resultado obtido pelo grupo de pessoas em estudo: **77,5**

O componente *capacidade funcional* avalia tanto a presença como a extensão das limitações referentes à capacidade física, através de itens relacionados ao grau de dificuldade em realizar atividades que exigem muito esforço, tais como correr, atividades moderadas, como subir lances de escada, e até de cuidados pessoais, como tomar banho.

b) Aspectos físicos

Corresponde à questão de número 4 e questiona se durante as últimas quatro semanas o paciente teve algum dos problemas citados no seu trabalho ou se teve problema com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física. Apresenta quatro itens com respostas “sim” e “não”, com pontuação 1 e 2, respectivamente.

Resultado obtido pelo grupo de pessoas em estudo: **50,0**

Em relação aos aspectos físicos, são abordados as limitações no tipo e na quantidade de trabalho e também o quanto essas limitações dificultam a realização do trabalho e de atividades da vida diária do paciente. Neste componente, observa-se grande variação no valor obtido, havendo pontuação mínima e máxima na mesma proporção: 4 pessoas apresentaram o valor 0 e outras 4, o valor 100.

c) Dor

Este componente engloba as questões de número 7 e 8, e refere-se à dor no corpo que o paciente sentiu durante as últimas quatro semanas, e ao quanto essa dor interferiu no trabalho normal desse paciente (incluindo tanto o trabalho realizado fora de casa como as atividades executadas dentro de casa). A pontuação varia de 1 a 6 para cada questão.

Resultado obtido pelo grupo de pessoas em estudo: **76,2**

Quanto à dor, verifica-se a sua intensidade e a sua extensão ou interferência nas atividades habituais regulares do paciente.

d) Estado geral de saúde

Envolve as questões de número 1 e 11, em que a pessoa avalia sua saúde de forma geral. Nesse componente, as respostas apresentam cinco níveis, que vão de excelente a muito ruim. Com relação à questão sobre a saúde, o avaliado deve responder se as quatro afirmações apresentadas são verdadeiras ou falsas.

Resultado obtido pelo grupo de pessoas em estudo: **68,8**

Posicionamento do paciente quanto à sua condição e suas expectativas em relação ao seu estado de saúde. Constata-se que a maioria dos pacientes consideram-se pessoas saudáveis, e que sua saúde tende a uma melhora progressiva.

e) Vitalidade

Este componente corresponde aos itens a, e, g, i da questão de número 9 e refere-se ao modo como o paciente se sente e como tudo tem acontecido durante as últimas semanas em relação à sua disposição. São apresentadas seis respostas que variam de “todo o tempo” a “nunca”, com pontuações de 1 a 6.

Resultado obtido pelo grupo de pessoas em estudo: **78,0**

O componente *vitalidade* considera tanto o nível de energia como o de fadiga, para enfrentar novas tarefas. A maioria dos entrevistados respondeu que se encontram dispostos a maior parte do tempo e que dificilmente estão cansados.

f) Aspectos sociais

Resultado das questões de número 6 e 10, esse componente questiona de que maneira a saúde física ou os problemas emocionais dos pacientes interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, aos vizinhos e amigos, ou nas atividades em grupo realizadas durante as últimas quatro semanas. A outra

questão aborda sobre quanto tempo a saúde física ou os problemas emocionais interferiram nas atividades sociais do paciente durante as últimas quatro semanas, tais como visitar amigos e parentes.

Resultado obtido pelo grupo de pessoas em estudo: **83,7**

Ao contrário dos componentes de saúde física e mental, que se relacionam somente com o próprio indivíduo, os aspectos sociais analisam a integração desse indivíduo em atividades sociais. O grupo em estudo não relata sofrer interferências físicas e nem emocionais em seu círculo de convivência. Este foi o componente que apresentou maior pontuação.

g) Aspectos emocionais

Esse componente corresponde à questão de número 5 e questiona se durante as últimas quatro semanas houve algum dos três problemas citados com o trabalho do paciente ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso). Os três itens apresentam respostas “sim” ou “não”.

Resultado obtido pelo grupo de pessoas em estudo: **46,6**

Quanto ao estado emocional do paciente, a proposição é avaliar o quanto essas limitações influem na sua rotina, dificultando suas atividades regulares por sentir-se deprimido ou ansioso. Também nesse domínio, houve grande variação nos resultados apresentados. Entre os 10 avaliados, registram-se os valores 0 para quatro pessoas e 100 para outras quatro pessoas.

h) Saúde mental

O componente *saúde mental* corresponde aos itens b, c, d, f, h da questão de número 9 e avalia o modo sobre como o paciente se sente e como tudo tem acontecido durante as últimas semanas, no tocante ao seu ânimo. São apresentadas seis respostas que variam de “todo o tempo” a “nunca”, com pontuações de 1 a 6.

Resultado obtido pelo grupo de pessoas em estudo: **74,8**

Esse componente analisa a ansiedade, a depressão, as alterações de comportamento ou descontrole emocional e o bem-estar psicológico.

Quanto ao item número 2 – o qual não entra no cálculo dos componentes – este questiona como o paciente classificaria sua saúde em geral se comparada há um ano. Dos 10 entrevistados, 8 responderam que se sentem muito melhor agora do que há um ano, 1 pessoa respondeu que se sente quase a mesma de um ano atrás e 1 pessoa sente-se um pouco pior agora do que há um ano. Neste último caso, trata-se de um paciente que se encontrava em tratamento de infecção no período em que estavam sendo realizadas as entrevistas.

A apresentação dos valores obtidos individualmente em cada componente do questionário de qualidade de vida dos pacientes avaliados encontra-se na Tabela 4.3.

Tabela 4.3 - Análise descritiva das variáveis de qualidade de vida dos pacientes avaliados (Cálculo do Raw Scale)

	Identificação	Capacidade funcional	Aspectos físicos	Dor	Estado geral de saúde	Vitalidade	Aspectos sociais	Aspectos emocionais	Saúde mental
1	V.S.S.	65	0	100	92	90	100	33,3	96
2	O.R.R.	80	0	100	62	90	87,5	0	84
3	A.R.C.	90	100	100	87	90	100	100	92
4	J.M.M.	75	100	84	67	60	75	100	68
5	S.P.S.	50	50	42	67	70	75	33,3	84
6	G.R.	70	50	41	57	60	87,5	0	84
7	N.S.O.	100	100	100	52	90	100	100	60
8	A.M.L.	95	100	72	100	90	100	100	88
9	P.P.O.	80	0	62	37	70	50	0	56
10	J.J.O.	70	0	61	67	70	62,5	0	36
	TOTAL	77,5	50,0	76,2	68,8	78,0	83,7	46,6	74,8

4.3.4 Comparação com outro centro de transplante

De acordo com informações colhidas na literatura (Pereira, 2000) sobre a avaliação da qualidade de vida realizada com os pacientes transplantados cardíacos do Hospital São Paulo, foi feita uma comparação dos dados obtidos com o presente estudo,. Essa comparação é mostrada na Tabela 4.4.

Tabela 4.4 - Apresentação de dados do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba e do Hospital São Paulo.

	Hospital Santa Casa	Hospital São Paulo
Início do serviço de transplante	ano de 1994	ano de 1986
Aplicação do questionário SF-36	ano de 2001	ano de 1998
Pacientes entrevistados	10 pacientes	23 pacientes
Tempo pós-transplante	03-79 meses	01 -92 meses
Sexo	8 homens 2 mulheres	17 homens 06 mulheres
Idade	32-62 anos	13-65 anos
Escolaridade	6 nível primário 1 nível superior	14 nível primário 4 nível superior
Atividade profissional	60% não trabalham 40% trabalham	61,11% não trabalham 38,89% trabalham

Constata-se que o Hospital Santa Casa implantou o serviço de transplante cardíaco há menos tempo, mas se observa que o estudo realizado no Hospital São Paulo teve como grupo de entrevistados pacientes transplantados mais recentemente. E apesar de apresentar uma casuística maior, os resultados não apresentam diferenças significativas, inclusive no que diz respeito ao retorno ao trabalho a porcentagem encontrada é similar.

Ainda de acordo com a mesma literatura citada acima, sabe-se que no Hospital São Paulo há a atuação de uma equipe multiprofissional e que muitos estudos e trabalhos em relação à atividade física têm sido realizados; no entanto, não se pode afirmar que esse grupo de 23 entrevistados tenha se submetido a um acompanhamento específico.

O Gráfico 4.9 foi elaborado com base nos resultados obtidos através do questionário SF-36, realizado em ambos os hospitais mencionados.

Pode-se observar que o valor mais baixo obtido é de 73,91, igual nos componentes *vitalidade* e *aspectos físicos*, e o mais alto é de 81,52, nos componentes *aspectos sociais* e *dor*. Consta-se uma menor variação do resultado em relação ao presente estudo; há uma diferença significativa principalmente nos domínios relacionados aos aspectos emocionais e físicos obtidos nesta pesquisa.

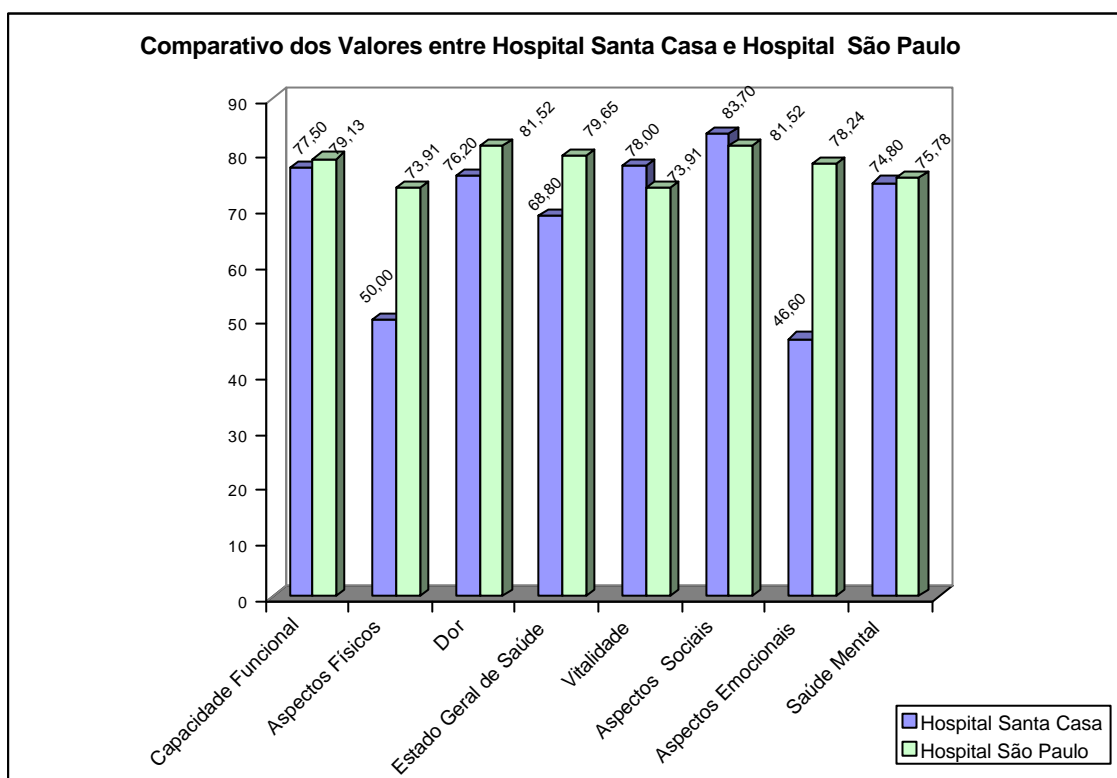


Gráfico 4.9 - Comparação entre os valores obtidos para cada componente do SF-36 na aplicação do questionário no Hospital Santa Casa de Curitiba e no Hospital São Paulo.

4.4 Análise dos resultados

Neste trabalho, procurou-se agrupar os indivíduos submetidos a Tx cardíaco e observá-los no Ambulatório considerando as atividades que desempenhavam no período anterior ao procedimento cirúrgico. Além da variável *ocupação*, foram avaliados também outros fatores que podem interferir no retorno do indivíduo ao trabalho.

Através da análise dos dados apresentados na Tabela 4.1, que consta no início deste capítulo, pode-se concluir que a amostra concentra pacientes com até

79 meses (quase 6 anos e meio) de pós Tx cardíaco, com predominância do sexo masculino (8 pessoas), na faixa etária entre 50 a 59 anos (6 pessoas), com nível de ensino primário completo (6 pessoas).

Em relação ao tempo de pós Tx cardíaco, observou-se que as últimas pessoas que realizaram o procedimento não voltaram ao trabalho, visto que já poderiam estar retornando gradativamente a uma atividade laboral. O aspecto mais enfatizado no retorno ao trabalho refere-se à precaução de freqüentar um ambiente contaminado que apresenta maior risco de infecção.

Quanto ao sexo, apenas duas mulheres fazem parte deste grupo, e acredita-se que esse fato não possa estar relacionado a um aspecto de restrição do retorno ao trabalho. Inclusive uma das entrevistadas relatou nunca ter exercido uma atividade remunerada, devido à profissão do marido exigir viagens e mudanças constantes. Uma outra entrevistada que atuava na área comercial comentou ter parado com sua função por uma questão de opção e considera-se em ótimas condições de saúde e sem limitações.

Já em relação à idade, a maioria dos entrevistados (6 pessoas) apresenta idade superior a 50 anos, e alguns relatam as restrições impostas pela própria idade e a dificuldade de mudança de atividade, além do deslocamento de profissionais para ambientes menos poluídos e contato com um número menor de pessoas.

Por outro lado, o único indivíduo a continuar exercendo a mesma ocupação anterior é o que apresenta maior idade (62 anos). Entretanto, no item *escolaridade* somente ele possui curso superior. Achados na literatura sugerem que os menores percentuais de não retorno à atividade profissional encontram-se justamente associados a maiores níveis educacionais. Isso ocorre pelo fato de os atributos individuais, como a educação e a ocupação, terem mais acesso a informações e à possibilidade de serem acrescentados ou não conhecimentos sobre intervenção, reabilitação e cuidados necessários.

É comum as pessoas acharem que não têm mais condições de dar seguimento ao tipo de trabalho executado anteriormente, querendo se poupar de exigências físicas e mentais quando o acometimento está relacionado à doença cardíaca. Porém, o cuidado maior ainda se refere às orientações sobre a condição de imunossupressão. E nesta pesquisa realmente observa-se que a ocupação atual dos entrevistados sugere menor esforço físico. Pode-se citar o torneiro que se tornou

jardineiro, o carpinteiro que trabalha com serviços gerais e o pedreiro que atua como vigia.

Metade da população em estudo refere ter medo de trabalhar, principalmente pelo receio de ter uma recaída e voltar ao estado anterior de insuficiência cardíaca, em que alguns apresentavam dispnéia e fadiga, acompanhadas de limitações funcionais que restringiam suas atividades físicas e sociais. Os transplantados cardíacos com menor tempo de cirurgia é que referiram medo de retornar ao trabalho.

No item do questionário referente à restrição por parte do empregador, cinco pessoas responderam que não perceberam essa barreira, e outras cinco restantes preferiram deixar a questão sem resposta. No entanto, em seu depoimento alguns entrevistados revelaram que o simples fato de exibirem a cicatriz no tórax já era o suficiente para não serem entrevistados para o cargo ao qual estavam se candidatando, e outros disseram que já não eram bem-aceitos antes do procedimento, devido à queda de rendimento e produtividade. Ainda revelaram que a própria situação econômica do país não favorece o mercado de trabalho, dificultando a mobilidade dos profissionais em uma função mais adequada.

A maioria dos pacientes do sexo masculino da amostra encontra-se aposentada (6 pessoas). Uns poucos consideram que o benefício da previdência social é suficiente para viver, mas reiteram que a esposa começou a trabalhar e que com isso eles assumiram a função doméstica. Há os que poderiam retornar ao trabalho após a cirurgia, mas que preferem aproveitar os benefícios decorrentes da incapacidade e curtir mais a vida. Ainda há aqueles que resolveram optar pela aposentadoria, mas arranjaram uma outra atividade remunerada, possivelmente para melhorar a renda familiar.

Em alguns países, a legislação protege de tal maneira o indivíduo com problemas de saúde que ocorrem sérias implicações no *status* ocupacional do paciente. O incentivo financeiro faz com que esses indivíduos permaneçam sem trabalhar após a cirurgia.

Quanto à atividade física, quatro pessoas responderam que fazem caminhadas, porém sem acompanhamento e nem regularidade na frequência e distância; uma das pessoas entrevistadas caminha com regularidade e pratica ocasionalmente vôlei com ultraleve; a outra pratica yoga em academia; e uma outra iniciará musculação.

Uma comparação da representatividade de cada um dos componentes dentro do questionário foi realizada com o objetivo de se avaliar qual das áreas estudadas contribui mais significativamente para o prejuízo da qualidade de vida do paciente. Os componentes relativos aos aspectos emocionais e aspectos físicos foram os que apresentaram maior comprometimento, com escores mais baixos (46,6 e 50,0, respectivamente).

Diante desse resultado, observa-se que, conforme a Tabela 4.2, apenas nos componentes *aspectos físicos e emocionais* encontra-se o escore mínimo (zero) apresentado por quatro pessoas e, na mesma proporção, a nota máxima de 100. Conclui-se que há uma grande diferenciação entre os indivíduos avaliados, e que o baixo escore obtido não é em função de uma média geral baixa. Das quatro pessoas, três apresentaram escore zero nos dois componentes. Dentre essas três, duas exercem atividade profissional. No entanto, um dos entrevistados relatou que o único período do dia em que não se sente deprimido é quando está trabalhando, ao passo que o outro entrevistado estava com um quadro infeccioso no momento em que respondeu ao questionário, o que dificulta a interpretação dos resultados quando se faz uma correlação entre os dois questionários.

As duas pessoas do sexo feminino que fizeram parte deste estudo apresentaram pontuação alta na maioria dos componentes, e são as que realizam atividade física regular e relatam não sentir dificuldades ou limitações em suas atividades. Consideram que levam uma vida normal, enquanto há os que, apesar do bem-estar físico, consideram-se na condição de uma pessoa doente que deve se resguardar.

Um indivíduo que passa por um processo de Tx cardíaco altera por um período de sua vida o seu cotidiano, afetando o ritmo de seu trabalho, às vezes antes e depois do procedimento. Suas atividades físicas, sociais e de lazer também são afetadas, e há que se considerar também os fatores psicológicos envolvidos nesse processo.

Acredita-se que os questionários de qualidade de vida propiciam a avaliação do impacto da doença e do tratamento no cotidiano dos pacientes, com capacidade de refletir sobre as mudanças evolutivas decorrentes dos diferentes programas terapêuticos, quer pelo seu efeito benéfico, quer pelo seu efeito colateral. Entretanto, determinados pacientes apresentam condições particulares, havendo necessidade de questionários abertos que permitem o livre relato. É necessário também repetir a

avaliação periodicamente por um período de tempo, para se obter maior efetividade na avaliação do estado de saúde e posterior comparação dos resultados.

5 CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES

5.1 Conclusões sobre a pesquisa

Para a humanidade, o coração foi sempre o órgão escolhido para denotar sentimentos, tido como o centro da atividade psicofisiológica. São comuns na linguagem cotidiana expressões que demonstram sua associação com as emoções. Trocar um órgão que é objeto de tantos simbolismos constitui situação bastante complexa, pois, física e emocionalmente, nos aproxima da própria existência do homem.

Os avanços científicos que culminaram na descoberta de novas drogas imunossupressoras, associados à biotecnologia e às técnicas cirúrgicas, resultaram em aumento de tempo e da qualidade de sobrevivência do paciente submetido a Tx cardíaco. Esses avanços podem contribuir em parte na modificação da sua qualidade de vida. Mas o bem-estar do indivíduo depende de muitas outras variáveis. Se ele for forçado a se retirar de uma vida produtiva, isso pode implicar em desajustes de ordem emocional e social.

O retorno ao trabalho após um evento cardíaco é um importante indicador do benefício funcional obtido pelo paciente. Proporcionar-lhe condições adequadas para o cumprimento das atividades profissionais também reforça o sucesso do procedimento cirúrgico, em razão dos recursos dispendiosos no tratamento da enfermidade.

Especificamente neste grupo de estudo, o baixo índice de retorno à atividade profissional pode ser devido à idade, quando o paciente atinge a fase da aposentadoria, mas considerando a faixa etária dos pacientes que constam em lista de espera (Anexo C). Apenas do centro de transplante em estudo, que compreende a faixa etária de 18 a 53 anos, justifica-se a preocupação em dar continuidade a pesquisas voltadas ao retorno das atividades laborais.

A decisão pessoal de não retornar ao trabalho pode ter como causa o medo, a insegurança pelo risco de ser acometido de uma sensação de dor, ou morte súbita, ou simplesmente, conforme já mencionado, o fato de repensar sobre os valores da vida e querer mudança no seu estilo de vida.

Contudo, uma questão é unânime: todos os pacientes submetidos a Tx cardíaco relatam disposição e melhora sobre seu estado de saúde, independente das restrições ou dificuldades que tenham vivenciado.

Quanto à ocupação, percebe-se que os trabalhadores braçais apresentam tendência a mudanças em favor de trabalhos mais leves, ou em tempo parcial, ou, ainda, para ocupações menos estressantes.

Nos resultados obtidos e na literatura utilizada, foi citada a correlação entre escolaridade e grau de instrução no tocante ao retorno à atividade anteriormente desempenhada. Entretanto, em contato com outros centros de transplante, observa-se que as adequações e o retorno aos cargos são facilitados, especialmente nas situações em que os transplantados ocupam um cargo de alto nível hierárquico, ou em caso de o transplantado ser um empresário ou um profissional autônomo.

As repercussões psicossociais atingem não somente o paciente, mas todo o universo familiar, podendo trazer problemas complexos, que irão se traduzir em prejuízo na qualidade de vida de todo o grupo. Portanto, é importante o processo de adaptação da família a um membro diferenciado, tendo sido avaliado por uma equipe multiprofissional o real impacto da enfermidade na vida do paciente e de seus familiares. São consideradas como implicações desse processo os custos financeiros, o desgaste físico, o estresse emocional, a atividade produtiva e a vida social.

Entretanto, embora sob o ponto de vista geral os problemas pareçam comuns, o impacto e a forma como cada indivíduo e seus familiares enfrentam a enfermidade e as etapas do tratamento dependerão das características individuais e das necessidades específicas de cada caso. Daí a importância de um suporte multiprofissional, desde a indicação/seleção do receptor até a fase pós-hospitalar de reintegração e retorno gradativo do paciente às atividades profissionais. E como já foi citado, sabe-se que nesse grupo em estudo, mesmo após a liberação médica para retorno ao trabalho, há pessoas que não se sentem preparadas para reassumir as suas atividades, evidenciando que o indivíduo deve ser considerado nos contextos cognitivo, físico e principalmente emocional.

A combinação de uma superproteção familiar dizendo ao paciente o que ele pode ou não fazer, juntamente com a falta de clareza dos profissionais habilitados em especificar o que ele pode executar, resulta numa prolongada invalidez e falha em reassumir suas atividades profissionais.

As desigualdades às quais estão submetidos os indivíduos, tais como impossibilidade de acesso à escolaridade, insatisfação com o trabalho que desenvolvem e interferências no seu estilo de vida não são corrigidas evidentemente pelo procedimento terapêutico, o que deixa claro que a medicina por si só não é capaz de suplantá-las.

5.2 Recomendações do trabalho

O crescente número de transplantes cardíacos em nosso país e as limitações funcionais, psicológicas e sociais após a cirurgia justificam a inclusão desse grupo especial de pacientes em programas de reabilitação cardiovascular não somente com o objetivo de condicionamento físico, mas com abrangência transdisciplinar. Programas bem orientados se fazem necessários para melhorar a qualidade de vida desse grupo de pessoas, de modo a reintegrá-las à sociedade.

Destaca-se que o objetivo da avaliação de qualidade de vida do transplantado abordado na pesquisa não foi o de mensurar a contribuição do manejo clínico, e sim uma tentativa de mostrar a diminuição do impacto da doença no cotidiano dos pacientes. Essa avaliação mostra-se útil também na monitorização do tratamento dos transplantados, do ponto de vista da efetividade versus efeitos indesejáveis.

Por meio desta pesquisa é possível perceber a correlação existente entre o esclarecimento necessário ao paciente e o sucesso do Tx cardíaco e suas repercussões. Nesse aspecto, enfatiza-se a relevância da definição de determinados aspectos, tais como:

- entendimento dos fatos médicos, evitando interpretação subjetiva da doença; um insuficiente conhecimento sobre a doença e idéias distorcidas são associados a expectativas negativas e sintomas de mal ajustamento, e, portanto, falha em reassumir empregos;
- percepção do próprio estado de saúde, compreensão das implicações pessoais e expectativas quanto ao futuro são fatores que influenciam no retorno ao trabalho.

Verifica-se a necessidade de reformulação no atendimento ambulatorial, com profissionais especializados de diferentes áreas de atuação, os quais teriam condições de acompanhar o paciente desde a indicação do Tx cardíaco até a sua

reabilitação após o procedimento cirúrgico e retorno ao desempenho de suas atividades.

Em um programa de reabilitação, a prescrição dos exercícios deve se desenvolver de maneira que se considerem as características individuais de cada paciente, podendo ser supervisionada ou domiciliar para os pacientes impossibilitados de freqüentar o serviço de reabilitação. Um profissional do programa de reabilitação deve acompanhar o desempenho físico através de testes periódicos e padronizados, com o intuito de avaliar a efetividade do programa e realizar as adequações necessárias.

Conforme observado na literatura especializada, é fundamental a abordagem psicológica do paciente, além do envolvimento familiar, que são imprescindíveis num programa educacional sobre o processo que envolve o Tx cardíaco, no intuito de informar o paciente e a família sobre a realidade da doença e esclarecer as etapas a serem percorridas.

Mais do que tratar, é relevante prevenir possíveis complicações, educando os envolvidos quanto ao reconhecimento dos riscos, orientando-os quanto à higiene e principalmente alertando-os sobre os cuidados em relação a ambientes aglomerados e infectados.

Tanto as atividades ocupacionais como as físicas e recreacionais são componentes relevantes para manter a estabilidade psicológica. Por outro lado, mesmo a despeito de uma melhora fisiológica, a piora das condições psicológicas pode ocasionar prejuízos nas diversas áreas da vida do paciente e de sua família, interferindo em sua recuperação.

Uma recomendação mais específica é a viabilização de um estudo ergonômico nos postos de trabalho, de modo que os riscos decorrentes das condições ambientais e laborais inadequadas sejam eliminados ou minimizados. Outra intervenção possível é informar os empregadores sobre os reais cuidados em relação aos transplantados, e assim obter um melhor aproveitamento das potencialidades desses indivíduos, de maneira a serem colocados em função produtiva e compatível com suas possíveis limitações funcionais.

Em decorrência do que foi exposto, recomenda-se que o estudo seja realizado por uma equipe de saúde multiprofissional, inclusive com o apoio de um ergonomista, com foco tanto nas deficiências de imunidade do transplantado como nas exigências da tarefa, mudança de estilo de vida e conciliação entre trabalho e

saúde. Já que o procedimento de transplante é de grande investimento pessoal, familiar e social, é importante o indivíduo reconquistar o seu espaço, e, para viabilizar esse processo, é necessário compreender o seu universo numa abordagem holística.

Em longo prazo, ainda há muito a ser desvendado sobre as implicações do processo de transplante cardíaco no que se refere aos aspectos físicos, cognitivos, afetivos, sociais e produtivos. Contudo, devemos nos preocupar em restaurar o indivíduo aproximando-o da normalidade, para que ele viva de forma mais satisfatória consigo e com a sociedade.

Em outro enfoque, vários fatores podem influenciar a disponibilidade de órgãos a serem transplantados. Sugerem-se eventos e divulgações relacionados ao transplante, considerando-se que tais campanhas certamente aumentariam o número de famílias e de médicos que passariam a agir com o intuito de facilitar a doação de órgãos. Isso reduziria o tempo de espera pelo órgão, minimizando os efeitos deletérios da insuficiência cardíaca por tempo prolongado nos pacientes receptores em potencial.

5.3 Sugestões para trabalhos futuros

Estudos sobre fatores individuais, ambientais, sociais e ocupacionais que interferem no retorno ao trabalho de pacientes após Tx cardíaco são muito raros, quase inexistentes. E as reais necessidades desses pacientes somente serão conhecidas através de pesquisas direcionadas.

Os estudos epidemiológicos sobre as doenças cardiovasculares têm focalizado os fatores de risco individuais, tais como o tabagismo, a dieta rica em gorduras, o sedentarismo, entre outros. Por outro lado, há relativamente poucas pesquisas sobre os fatores externos relacionados a doenças cardiovasculares que possam elucidar as relações causais entre uma cardiopatia e as condições do ambiente de trabalho.

As grandes diferenças encontradas entre incidência e prevalência de doença cardiovascular entre classes sociais distintas e grupos profissionais são atribuídas principalmente à situação de alto risco, que pode ser o resultado da combinação de fatores pessoais e ambientais. Estudos específicos devem ser realizados para que

possam ser elaboradas estratégias de prevenção que reduzam as situações de alto risco.

Pesquisas adicionais são necessárias para avaliar, em longo prazo, os efeitos do treinamento físico após o Tx cardíaco envolvendo um maior número de pacientes e grupo controle.

Propõe-se que seja realizado um estudo mais específico para que se possa conhecer as reais limitações impostas ao pós-transplantado, de modo a salientar as possibilidades do indivíduo para a ação no trabalho, o que seria possível através da atividade coordenada de uma equipe de saúde transdisciplinar, visando não apenas o tratamento, mas também a recapacitação e a reabilitação para a situação real de trabalho. Conseqüentemente, a atuação dessa equipe daria início a um estudo das possibilidades de atuação e/ou atividades passíveis de serem executadas pelos pós-transplantados, estabelecendo as características e exigências do trabalho através de uma análise ergonômica, para melhor compreensão da capacidade de reabilitar esses indivíduos e reinseri-los no mercado de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEYNE, George A. O. Health and the quality of life. **Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J. Public Health**, v. 9, n. 1, p. 1-6, Jan. 2001.

ALMEIDA, D. R. **Transplante cardíaco no tratamento da miocardite chagásica**. São Paulo, 1996. 157 f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

AMATO, Myrian Sabbaga; AMATO NETO, Vicente; VIP, David Everson. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com Doença de Chagas submetidos a transplante de coração. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 30, n. 2, p. 159-160, mar./abr. 1997.

BACAL, Fernando et al. Uso de marca-passo provisório e definitivo em pacientes submetidos a transplante cardíaco ortotópico. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 74, n. 1, p. 5-8, 2000.

BARROS, Aidil de Jesus Paes de.; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Projeto de pesquisa**: propostas metodológicas. Petrópolis, RJ: Vozes, 1990. Cap. 4, p. 47-60.

BENIAMINI, Yael, Ph.D. Effects of high-intensity strength training on quality of life parameters in cardiac rehabilitation patients. **The American Journal of Cardiology**. v. 80, p. 841-845, Oct. 1997.

BITTAR, Olímpio José Nogueira Viana. **Retorno ao trabalho após revascularização do miocárdio**. São Paulo, 1992. 93 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

BOCCHI, Edimar et al. Avaliação hemodinâmica durante exercício isotônico em pacientes submetidos a transplante cardíaco ortotópico. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 63, n. 1, p. 7-12, 1994.

BRANCO, João Nelson R. et al. Organização do transplante cardíaco no Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 73, p. 56-57, 1999. Suplemento V.

_____. **Transplante cardíaco ortotópico**: experiência na Universidade Federal de São Paulo. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 285-294, 1998.

_____. **Transplante cardíaco**: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 1997. 90 f. Tese (Livre-docência) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

BRAUNWALD, Eugene. **Tratado de medicina cardiovascular**. São Paulo: Roca, 1999. Cap. 15, p. 472-497, Cap. 17, p. 523-545, Cap. 18, p. 549-566.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, ABRASCO, v. 5, n. 1, 2000.

CHACCUR, Paulo. Registro da Sociedade Internacional de Transplante de Coração e Pulmão: experiência mundial com transplante cardíaco. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 5, n. 6, p. 702-706, nov./dez., 1995.

CICONELLI, Rozana Mesquita et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 144-150, maio/jun., 1999.

CICONELLI, Rozana Mesquita. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36)"**. São Paulo, 1997. 120 f. Tese (Doutorado em Divisão de Reumatologia) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

COLLINS, Eileen G., Ph.D, RN; WHITE-WILLIAMS, Connie, MSN, RN; JALOWIEC, Anne, Ph.D, RN, FAAN. Impact of the heart transplant waiting process on spouses. **The Journal of Heart and Lung Transplantation**, v. 15, n. 6, p. 623-630, June. 1996.

CORBIOLI, Nanci; ROCHA, Regina; PINTO, Graziela R. S. Costa. **Dr. Zerbiní** - um coração pela vida. São Paulo. Lemos Editorial & Gráficos Ltda., p. 60-93, 1999.

COTTS, William G., MD; OREN, Ron M., MD. Function of the transplanted heart: unique physiology and therapeutic implications. **The American Journal of the Medical Sciences**, v. 314, n. 3, p. 164-172, Sept. 1997.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Cortez-Oboré, 1988.

DIASIO, Robert B.; LOBUGLIO, Albert F. Imunomoduladores: Imunossupressores e Imunoestimulantes. In: GOODMAN & GILMAN. **As bases farmacológicas da terapêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. Cap. 52, p. 953-965, 1998.

DOREA, Egidio. Fármacos Imunossupressores. In: GOODMAN & GILMAN. **As bases farmacológicas da terapêutica**. Mc Graw-Hill, ed. 9, cap. 49, p. 476-479, 1996.

DRACUP, Kathleen et al. Management of Heart Failure. Counseling, Education, and Lifestyle Modifications. **JAMA**, v. 272, n. 18, p. 1442-1445, Nov. 1994.

EBRAHIM, J. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. **Soc. Sci. Med.**, n. 41, p. 1383-1394, 1995.

EDWARDS, Brooks S., MD; RODEHEFFER, Richard J., MD. Prognostic features in patients with congestive heart failure and selection criteria for cardiac transplantation. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 67, n. 5, p. 485-492, May. 1992.

FERRAZ, Almir Sérgio; ARAKAKI, Horácio. Atividade física e qualidade de vida após transplante cardíaco. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 5, n. 6, p. 670-678, nov./dez. 1995.

FISHER, David C. Ph.D. et al. Changes in health related quality of life and depression in heart transplant recipients. **The Journal of Hearth and Lung Transplantation**, v. 14, n. 2, p. 373-381, Mar./Apr. 1995.

FLECK, Marcelo P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.

FRAGOMENI, Luis Sérgio et al. Transplante cardíaco na Universidade de Minnesota. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 115-121, 1988.

GILL, Thomas M., MD; FEINSTEIN, Alvan R., MD. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **JAMA**, v. 272, n. 8, p. 619-626, Aug. 1994.

GRADY, Kathleen L., Ph.D, RN, FAAN; JALOWIEL, Anne, Ph.D, RN, FAAN; WHITE-WILLIAMS, Connie, MSN, RN. Improvement in quality of life in patients with heart failure who undergo transplantation. **The Journal of Heart and Lung Transplantation**, v. 15, n. 8, p. 749-757, Aug. 1996.

HERSHBERGER, Ray E., MD. Clinical out comes, quality of life and cost outcomes after cardiac transplantation. **The American Journal of the Medical Sciences**, v. 314, n. 3, p. 129-138, Sept. 1997.

HOJAIJ EM et al. Modificação da imagem corporal. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 5, n. 6, p. 11-15, Supl. A, nov./dez. 1995.

HOSENPUD, Jeffrey D., MD et al . The registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Fourteenth Official Report - 1997. **The Journal of Heart and Lung Transplantation**, v.16, n. 7, p. 691-712, July. 1997.

IIDA, Itiro. **Ergonomia**. São Paulo: Edgard Blucher, 1993.

JATENE, Adib D. et al. Transplante de coração em pacientes com miocardiopatia chagásica. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 1-6, 1987.

JENSEN, Robert L., Ph.D; YANOWITZ, Frank G., MD.; CRAPO, Robert O., MD. Delivery measurements using rebreathing techniques in heart transplant patients. **The American Journal of Cardiology**, v. 68, n. 1, p. 128-137. July. 1991.

KETEFIAN, Shaké, RN; EdD; FAAN. Individual versus community: ethical issues in quality of Life. **Nursing Science Quaterly**, v. 8, n. 3, p. 98-101, 1995.

KNIJNIK, Ary. Aspectos psiquiátricos do transplante cardíaco. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 19-24, jan./mar. 1993.

LAVILLE, Antoine. **Ergonomia**. São Paulo: EPU - Editora da Universidade de São Paulo, 1977.

LOTUFO, Paulo Andrade. Mortalidade precoce por doenças do coração no Brasil. Comparação com outros países. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 70, n. 5, p. 321-325, 1998.

MANRIQUE, Ricardo. Terapia imunossupressora no transplante cardíaco. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 5, n. 6, p. 643-654, nov./dez. 1995.

MANSUR, A. P.; FAVARATO D.; SOUZA M. F. M. et al. Tendência da mortalidade por doenças circulatórias no Brasil de 1979 a 1996. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 76, n. 6, p. 497-503, nov. 2001.

MORAN, Sérgio V. et al. Tratamiento de la insuficiencia cardíaca avanzada mediante trasplante de corazón. **Revista Médica de Chile**, v. 129, n. 1, p. 9-17, jan. 2001.

MOREIRA, Maria da Consolação V. et al. - Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes para Transplante Cardíaco. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 73, Suplemento V, 1999.

NISET, Georges; DEGRÉ, Cécile Coustry; DEGRÉ, Serge. Psychosocial and physical rehabilitation after heart transplantation: 1 - year follow-up. **Cardiology**, v. 75, p. 311-317, 1988.

NOBRE, Moacyr Roberto Cucê. Qualidade de vida. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 67, n. 4, 1995.

OLSON, Lyle J., MD; RODEHEFFER, Richard J., MD. Management of patients after cardiac transplantation. **Mayo Clin Proc.**, v. 67, p. 775-784, Aug. 1992.

ORTIZ, Zulma Elizabeth; PUEYRREDÓN, Corina Elena. Calidad de vida relacionada com la salud. **Bol. A. N. de Medicina**, v. 78, p. 119-129, 1 er., sem., 2000.

PALMER, Colin. **Ergonomia**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1976.

PARIS, W et al. Social rehabilitation and return to work after cardiac transplantation – multicenter survey. **Official Journal of the Transplantation Society**, v. 53, n. 2, p. 433-438, Feb. 1992.

PAVANELLO, Ricardo. Controle mediato e tardio do paciente submetido a transplante. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 5, n. 6, p. 666-669, nov./dez. 1995.

PEREIRA, Wilson Lopes. **Qualidade de vida após o transplante cardíaco**. São Paulo, 2000. 73 f. Tese (Mestrado em Cirurgia Vascular, Cardíaca, Torácica e Anestesiologia) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

PINSON, C. Wright, MD, MBA. et al. Health - related quality of life after different types of solid organ transplantation. **Annals of Surgery**, v. 232, n. 4, p. 597-607, 2000.

PIVETA, Valdecira Maria. **Proposta para captação e alocação de órgãos pela avaliação da distribuição nacional de Centros de Transplante de Órgãos e pelo número de potenciais doadores**. São Paulo, 1995. 101 f. Tese (Mestrado em Nefrologia - Ciências da Saúde) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

RIETHER, Anne Marie et al. Quality-of-life changes and psychiatric and neurocognitive outcome after heart and liver transplantation. **Transplantation**, v. 54, n. 3, p. 444-450, Sept. 1992.

RONDON, Maria Urbana Pinto Brandão et al. Exercício Físico e Insuficiência Cardíaca. **Rev. Soc. Cardiol.** Estado de São Paulo, v. 10, n. 1, p. 153-159, jan./fev., 2000.

ROSENBLUM, David S., MD et al. Heath status and quality of life following cardiac transplantation. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v. 74, p. 490-493, May. 1993.

SALLES, Ana Fátima; OLIVEIRA Filho, Japy Angelini. Adaptações ao exercício pós-transplante cardíaco. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 75, n. 1, 2000.

SALLES, Ana Fátima et al. Respostas cardiorrespiratórias durante exercício em portadores de transplante cardíaco. Análise ergoespirométrica comparativa com indivíduos normais. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 70, n. 1, p. 15-18, 1998.

SILVA, Maria das Graças Nascimento. **Adaptação e validação do questionário "RQLQ" para avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes com rinite alérgica**. São Paulo, 1999. 148 f. Tese (Mestrado em Pediatria) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

SILVA, M. A. Qualidade de vida e doenças cardiovasculares. In: PORTO, C. C. **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 36-42.

STOLF, Noedir A. G.; JATENE, Adib D. História do transplante cardíaco. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 5, n. 6, p. 609-613, nov./dez. 1995.

VERDUSSEN, Roberto. **Ergonomia: a racionalização humanizada do trabalho**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1978.

WARE Jr., John E.; SHERBOURNE, Cathy Donald. Short-Form Health Survey (SF-36). **Medical Care**, v. 30, n. 6, p. 473-483, June. 1992.

WARE, John E.; GANDEK, B. and the IQOLA Project Group. - The SF-36 health survey: Development and use in mental health research and the IQOLA Project. **Int. J. Ment. Health.**, n. 23, p. 49-73, 1994.

WISNER, Alain. **Por dentro do trabalho**: ergonomia, método e técnica. São Paulo: FTD-Oboré, 1987.

BIBLIOGRAFIA

BAKEL, Adrian B. Van, MD, PhD. The Cardiac Transplant Donors: Identification, Assessment, and Management. **The American Journal of The Medical Sciences**, v. 314, n. 3, p. 153-163, September, 1997.

BEER, André et al. Fármacos Imunossupressores. In: Goodman & Gilman. **Drogas utilizadas em transplantes para controle de rejeição**. Mc Graw-Hill, ed. 9, cap. 50, p. 480-485, 1996.

_____. Fármacos Imunossupressores. In: GOODMAN & GILMAN. **Soluções utilizadas como meio de preservação de órgãos para transplantes**. Mc Graw-Hill, ed. 9, cap. 51, p. 486-488, 1996.

BORGHETTI-MAIO, Shirley A. et al. Quality of Life after Cardiomyoplasty. **The Journal of Heart and Lung Transplantation**. v. 13, n. 2, p. 271-275, March/April, 1994.

BRAITH, Randy W.; EDWARDS, David G. Exercise Following Heart Transplantation. **Sports Medicine**, v. 30, n. 3, p. 171-192, september, 2000.

CORVISIER, Ricardo et al. Experiência com transplante cardíaco na cidade do Rio de Janeiro. **Revista da SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. XI, n. 3, p. 216-218, jul/ago/set., 1998.

DAVID, Paul, MD. Contributing factors preventing return to work of cardiac surgery patients. **Cleveland Clinic Quarterly**, v. 45, n.1, p. 177-178, Spring, 1978.

DEW, Mary Amanda, Ph.D. et al. Medical Compliance and its predictors in the first year after heart transplantation. **The Journal of Heart and Lung Transplantation**, v. 15, n. 6, p. 631-645, June, 1996.

FRANTZ, Robert P., MD; OLSON, Lyle, J., MD. Recipient selection and management before cardiac transplantation. **The American Journal of the Medical Sciences**, v. 314, n.3, p. 139-152, September, 1997.

KRISTENSEN, Tage S.; MANCILHA-CARVALHO, Jairo J. Ambiente, condições de trabalho e doenças cardiovasculares. **Arq. Bras. Cardiol.** , v. 55, n. 4, p.223-226, 1990.

LABOVITZ, Arthur J., MD et al. Exercise capacity during the first year after cardiac transplantation. **The American Journal of Cardiology**, v. 64, p. 643-644, September, 1989.

LE MOS, Claudia Regina Haponczuk. Método de Avaliação Social em Programa de Transplante Cardíaco. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 10, n. 1, p. 11-20, Supl.A, jan/fev., 2000.

MENDES, R. Importância da ocupação como determinante de saúde-doença: aspectos metodológicos. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 17, n. 67, p. 18-30, 1989.

MESSIAS, Erick; SKOTZKO, Christine E. Avaliação psiquiátrica no transplante. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 415-420, 2000.

MILANEZ, Haidê Machado; ALMERÃO, Elida. O papel da enfermeira na orientação e administração de drogas que levam à imunossupressão em pacientes submetidos a transplante cardíaco. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 220-226, jul., 1987.

PHILLIPS, John R., RN; Ph.D. Quality of Life Research: Its Increasing Importance. **Nursing Science Quarterly**, v. 8, n. 3, p. 100-101, 1995.

POPE, Stephen E., MD et al. Exercise response of the denervated heart in long-term cardiac transplant recipients. **The American Journal of Cardiology**, v. 46, p. 213-218, August, 1980.

RUFFINO NETO, Antonio. Qualidade de vida: compromisso Histórico da Epidemiologia. **Anais do II Congresso Brasileiro de Epidemiologia**, p. 11-18, 1994.

SALLES, Ana Fátima. **Cinética do consumo de oxigênio durante exercício submáximo em portadores de transplante cardíaco ortotópico**. 1994. Tese (Pós-Graduação em Cardiologia) - Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo.

TIMERMAN, Ari; PEREIRA, Marcos Paulo. Tratamento atual da insuficiência cardíaca congestiva. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 10, n.1, p. 65, jan/fev, 2000.

WALDEN, Julie A., RN, MN, et al. Extended Comparison of Quality of Life between Stable Heart Failure Patients and Heart Transplant Recipients. **The Journal of Heart and Lung Transplantation**, v.13, n. 6, p.1109-1118, nov./dez., 1994.

ANEXOS

ANEXO A – Questionário de identificação

INFORMATIVO

Solicitamos a gentileza de responder a esta pesquisa, que tem por objetivo avaliar a qualidade de vida dos pacientes que foram submetidos a transplante cardíaco. Esperamos poder conhecer melhor suas limitações e trazer melhorias ao seu cotidiano.

Lembramos:

- que a resposta ao questionário não é obrigatória;
- caso não queira participar da pesquisa, não haverá nenhum prejuízo ao tratamento que está sendo realizado;
- que haverá sigilo sobre os dados de identificação do paciente;
- não haverá nenhum gasto financeiro por parte do paciente ou seu familiar.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____
responsável pelo paciente _____,
autorizo a realização da pesquisa “Qualidade de Vida após Transplante Cardíaco”,
sem prejuízo ao tratamento médico realizado.

Assinatura do paciente ou responsável

IDENTIFICAÇÃO

Número: _____

Data do transplante: ____/____/____

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Grau de instrução: () Analfabeto () Primário incompleto

() Primário () Secundário () 3º grau

Trabalhava antes da cirurgia: () Não

() Sim Qual ocupação? _____

Trabalha: () Não Por quê? _____

() Sim Qual ocupação? _____

Tem medo de trabalhar: () Não

() Sim Por quê? _____

Restrições do empregador: () Não

() Sim Qual ? _____

Atividade física: () Não

() Sim Qual ? _____

Aposentado: () Não () Sim

Observações:

ANEXO B – Questionário SF- 36

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Os dados a serem fornecidos nos manterão informados sobre como você se sente e sobre quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda a cada questão marcando a resposta conforme indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que **sua saúde** é:

- (circule uma)
- Excelente 1
- Muito boa 2
- Boa 3
- Ruim 4
- Muito ruim 5

2. **Se comparada há um ano**, como você classificaria sua saúde em geral, **agora**?

- (circule uma)
- Muito melhor agora do que há um ano 1
- Um pouco melhor agora do que há um ano 2
- Quase a mesma de um ano atrás 3
- Um pouco pior agora do que há um ano 4
- Muito pior agora do que há um ano 5

3. Os itens abaixo são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades?** Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	SIM Dificulta muito	SIM Dificulta um pouco	NÃO Não dificulta de modo algum
a) Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b) Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante **as últimas 4 semanas**, você teve algum dos problemas abaixo com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?**

(circule um número para cada linha)

	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra) ?	1	2

5. Durante **as últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, **como consequência de algum problema emocional** (como se sentir deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante **as últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou seus problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, aos vizinhos, aos amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma.....	1
Ligeiramente.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Extremamente.....	5

7. Quanta **dor no corpo** você teve durante **as últimas 4 semanas**?

(circule uma)

Nenhuma.....	1
Muito leve.....	2
Leve.....	3
Moderada.....	4
Grave.....	5
Muito grave.....	6

8. Durante **as últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu no seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa como o de dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma.....	1
Um pouco.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Extremamente.....	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante **as últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação **às últimas 4 semanas**.

(circule um número para cada linha)

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante **as últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo, sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram nas suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

- Todo o tempo..... 1
- A maior parte do tempo..... 2
- Alguma parte do tempo..... 3
- Uma pequena parte do tempo..... 4
- Nenhuma parte do tempo..... 5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

Pontuação do questionário SF-36

Questão	Pontuação
01	1= > 5,0 2= > 4,4 3= > 3,4 4= > 2,0 5= > 1,0
02	Soma Normal
03	Soma Normal
04	Soma Normal
05	Soma Normal
06	1= > 5 2= > 4 3= > 3 4= > 2 5= > 1
07	1= > 6,0 2= > 5,4 3= > 4,2 4= > 3,1 5= > 2,2 6= > 1,0
08	<p>Se 8 = > 1 e 7 = > 1 = > > > > > > 6</p> <p>Se 8 = > 1 e 7 = > 2 a 6 = > > > > > > 5</p> <p>Se 8 = > 2 e 7 = > 2 a 6 = > > > > > > 4</p> <p>Se 8 = > 3 e 7 = > 2 a 6 = > > > > > > 3</p> <p>Se 8 = > 4 e 7 = > 2 a 6 = > > > > > > 2</p> <p>Se 8 = > 5 e 7 = > 2 a 6 = > > > > > > 1</p> <p><u>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</u></p> <p>1= > 6,0</p> <p>2= > 4,75</p> <p>3= > 3,5</p> <p>4= > 2,25</p> <p>5= > 1,0</p>
09	<p>a,d,e,h = valores contrários (1=6, 2=5, 3=3, 4=3, 5=2, 6=1)</p> <p>Vitalidade= a+e+g+i Saúde mental= b+c+d+f+h</p>
10	Soma Normal
11	<p>a, c = valores normais</p> <p>b, d = valores contrários (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)</p>

Cálculo do Raw Scale (0 a 100)

	Questão	Limites	Score Range
Capacidade funcional	3 (a+b+c+d+e+f+g+ h+i+j)	10,30	20
Aspectos físicos	4 (a+b+c+d)	4,8	4
Dor	7 + 8	2,12	10
Estado geral de saúde	1 + 11	5,25	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	4,24	20
Aspectos sociais	6 + 10	2,10	8
Aspecto emocional	5 (a+b+c)	3,6	3
Saúde mental	9 (b+c+d+f+h)	5,30	25

Raw Scale

Ex.: Item = $\frac{\text{Valor obtido} - \text{Valor mais baixo}}{\text{Variação}} \times 100$

Ex.: Capacidade funcional = 21

Valor mais baixo = 10

Variação = 20

Ex.: $\frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$

20

Obs.: A questão nº 2 não entra no cálculo dos domínios.

Dados perdidos

Se responder mais de 50% = substituir o valor pela média.

ANEXO C – Faixa etária dos pacientes em lista de espera para transplante cardíaco

Idade	Cit.	Freq.
Até 19 anos	1	5,00%
20 a 29 anos	5	25,00%
30 a 39 anos	4	20,00%
40 a 49 anos	7	35,00%
Acima de 50 anos	3	15,00%
TOTAL	20	100,00%

